

TNO-rapport

KvL/P&Z 2008.107

**Bouwsteen zorguitkomsten voor de benchmark
Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar**

Datum	Oktober 2008
Auteur(s)	A. Broerse M. Kamphuis G. Dik
Opdrachtgever	ActiZ/GGD Nederland
Projectnummer	031.12254
Aantal pagina's	73 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	4

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor zorguitkomsten binnen de jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar. De indicatoren zijn ontwikkeld door TNO in het kader van het project Integrale Benchmark 0-19 jaar, een van de peilers van het landelijke kwaliteitsprogramma Beter Voorkomen (ZonMw). Het project is uitgevoerd door ActiZ, in samenwerking met GGD Nederland en VNG. De indicatoren voor zorguitkomsten vormen één van de vier bouwstenen van de benchmark. De indicatoren zijn ontwikkeld en uitgevraagd in een pilotonderzoek onder 10 JGZ organisaties.

De resultaten van het pilotonderzoek bieden inzicht in de haalbaarheid van een benchmark voor zorguitkomsten met behulp van indicatoren. Met behulp van deze indicatorenset kan in de toekomst waardevolle spiegelinformatie voor individuele JGZ organisaties ontstaan. Daarnaast zal de indicatorenset bijdragen aan een grotere transparantie van de kwaliteit van zorg binnen de JGZ sector als geheel.

De huidige startset van indicatoren had niet tot stand gekomen zonder de waardevolle en enthousiaste inbreng van de *werkgroep zorguitkomsten*. TNO is deze JGZ medewerkers zeer erkentelijk voor hun grote inzet. De huidige indicatorenset moet worden beschouwd als een startset die in de toekomst aan permanente ontwikkeling onderhevig zal zijn. Hierbij zal een continue inbreng van JGZ medewerkers onontbeerlijk blijven.

TNO
Leiden, oktober 2008

Samenvatting

In 2007 is ActiZ in samenwerking met GGD Nederland en VNG in het kader van het ZonMw programma Beter Voorkomen gestart met de opzet van een benchmark voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-19 jaar. Met deze benchmark willen ActiZ en GGD Nederland inzicht krijgen in de kwaliteit van de verleende zorg. Eén van de onderdelen van de benchmark JGZ is de vergelijking op basis van zorguitkomsten. TNO Kwaliteit van Leven (TNO KvL) is gevraagd om hiervoor een beperkte set van uitkomstindicatoren te ontwikkelen. Deze set zal uiteindelijk worden geïntegreerd in de bestaande benchmarkinstrumenten van GGD Nederland en ActiZ (de benchmark GGD en de benchmark Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)).

Medio 2007 is samen met een werkgroep gestart met de ontwikkeling van de indicatoren. Hiervoor zijn zes werkbijeenkomsten georganiseerd waaraan zes zorgverleners (artsen en verpleegkundigen) uit de JGZ deelnamen. Deze bijeenkomsten hebben tot een concept indicatorenset geleid waarin 9 thema's verwerkt waren die hoge prioriteit hadden, namelijk spraak-taalproblemen, kindermishandeling, huilbaby's, opvoedproblemen, overgewicht, roken, overdracht na 4 jaar, alcoholmisbruik, vaccinatie.

In januari 2008 is deze indicatorenset voorgelegd aan een groep van 20 vertegenwoordigers uit het veld die met hun JGZ organisatie deelnamen aan een eerste uitvraagronde. Op basis van deze veldbijeenkomst is de indicatorenset aangepast zodat de gegevensverzameling voor deze organisaties beter haalbaar werd. Enkele van de oorspronkelijke 9 thema's vervielen hierdoor. Dit heeft geleid tot een uiteindelijke basisset indicatoren zoals beschreven in tabel 1.

In de periode van maart tot mei 2008 hebben medewerkers binnen hun JGZ-organisatie zelf de gegevens verzameld. Uiteindelijk deden hieraan zeven JGZ 0-4 organisaties en drie JGZ 4-19 organisaties mee. De geleverde gegevens zijn door TNO gecontroleerd en verwerkt tot individuele spiegelrapportages, waarbij de resultaten van de andere organisaties anoniem bleven. De resultaten lieten op sommige van de indicatoren grote verschillen tussen de organisaties zien.

In een afsluitende leerbijeenkomst (september 2008) is met de deelnemende organisaties gekeken naar de bruikbaarheid van deze data voor verbeteracties in de eigen organisatie. Ook is gekeken of de indicatoren bijgesteld dienen te worden voor een volgende uitvraagronde.

Tabel 1: Schematisch overzicht van de basisset indicatoren JGZ (februari 2008)

1	Opvoedproblemen 0-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning welke wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente)
	<ul style="list-style-type: none"> % basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke bij contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente)
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning waarbij de JGZ in het afgelopen jaar zelf <u>actie</u> ondernomen heeft
	<ul style="list-style-type: none"> % basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke gesignaleerd is bij contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw waarbij de JGZ in het afgelopen jaar <u>actie</u> zelf ondernomen heeft

	<ul style="list-style-type: none"> • % ouders van kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning welke gesignaleerd is en opgepakt is door het JGZ-team dat tevreden is met deze interventie
	<ul style="list-style-type: none"> • % ouders van basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke gesignaleerd is bij contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw en opgepakt door het JGZ-team dat tevreden is met deze interventie
2	Overgewicht 0-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> • % 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht)
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen dat bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw, contactmoment BO bovenbouw en contactmoment VO overgewicht heeft op basis van BMI (naar geslacht)
	<ul style="list-style-type: none"> • % 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw, contactmoment BO bovenbouw en contactmoment VO dat interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen
	<ul style="list-style-type: none"> • % ouders van 3-jarigen dat een extra JGZ-consult heeft gekregen in verband met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht)
	<ul style="list-style-type: none"> • % ouders van kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw en ouders en/of kinderen met overgewicht bij contactmoment VO dat binnen 6-9 maanden gehoor geeft aan follow up in verband met overgewicht
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij 3 jaar dat bij het volgende contactmoment (3,9 jaar) een verbeterd BMI heeft
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw, contactmoment BO bovenbouw en contactmoment VO dat na 6-9 maanden een verbeterd BMI heeft
3	Roken 4-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen dat aangeeft minder te zijn gaan roken naar aanleiding van het advies van de JGZ bij contactmoment VO
4	Overdracht na 4 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen waarbij het advies voor vervroegd contact vanuit de JGZ 0-4 na afloop van het 4-jarig consult door de JGZ 4-19 is opgepakt
5	Alcoholgebruik 4-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen dat aangeeft minder te zijn gaan drinken na het advies van de JGZ 4-19 tijdens contactmoment VO
6	Vaccinatie 0-4 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen dat op de leeftijd van 6 maanden de primaire serie DKTP, Hib en pneumococcon heeft ontvangen
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen dat de eerste DKTP vaccinatie in de 7^{de} tot 10^{de} levensweek heeft ontvangen
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen van Hepatitis B draagsters dat op de leeftijd van 6 maanden de volledige serie van 4 HepB vaccinaties (0,2,3,4 maanden) heeft ontvangen
	<ul style="list-style-type: none"> • % kinderen dat op de leeftijd van 16 maanden de BMR en MenC vaccinaties heeft ontvangen

Inhoudsopgave

	Voorwoord	3
	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
1.1	Indicatoren	9
1.2	Draagvlak.....	10
2	Methode van ontwikkelen indicatoren	11
2.1	Doelstelling project.....	11
2.2	De ontwikkeling van de indicatoren in fasen.....	11
3	Resultaten	15
3.1	Prioritering indicatoronderwerpen	15
3.2	Uitwerking van de onderwerpen.....	15
3.3	Negen indicatoronderwerpen uitgewerkt tot voorlopige indicatoren.....	18
3.4	Reductie van voorlopige indicatorenset.....	20
3.5	Beschrijving van de indicatoren.....	24
4	Gegevensuitvraag in de pilot	43
4.1	Procedure bij gegevensuitvraag	43
4.2	Resultaten	43
5	Conclusies en aanbevelingen	51
5.1	Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van het ontwikkelproces van indicatoren.....	51
5.2	Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de indicatoren uit de basisset	53
5.3	Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de procedure van de gegevensuitvraag .	53
5.4	Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de resultaten van de gegevensuitvraag..	53
6	Referenties	57
	Bijlage(n)	
	A Afkortingen	
	B Samenvatting AIRE instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation)	
	C Deelnemers Werkgroep Zorguitkomsten	
	D Indicatoren die niet zijn opgenomen in de basisset	

1 Inleiding

In 2007 is ActiZ, in samenwerking met GGD Nederland en VNG, in het kader van het ZonMw programma Beter Voorkomen gestart met de opzet van een benchmark voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-19 jaar. Met deze benchmark willen ActiZ en GGD Nederland zicht krijgen op de kwaliteit van de zorgverlening en de verbeteringen die daarin mogelijk zijn. De benchmark bestaat uit de bouwstenen *cliëntervaring*, *medewerkeroordeel*, *financiële prestaties* en *zorguitkomsten*. Voor ieder van deze bouwstenen werden binnen het programma indicatoren ontwikkeld die op termijn geïntegreerd zullen worden in de bestaande benchmarken GGD en Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). In het kader van het programma Beter Voorkomen zijn de indicatoren eveneens uitgevraagd bij een twintigtal pilotorganisaties. Deze organisaties hebben hun eigen prestaties in de vorm van een spiegelrapportage teruggekoppeld gekregen, waarmee zij zicht kregen op verbetermogelijkheden. In een leerbijeenkomst is vervolgens samen met de pilotorganisaties gekeken naar mogelijkheden om van elkaars resultaten te leren.

Voor de bouwsteen *zorguitkomsten* is TNO Kwaliteit van Leven (TNO KvL) gevraagd om een indicatorenset te ontwikkelen. Met de ontwikkeling van deze indicatorenset inclusief de pilot is voor het eerst een mogelijkheid om binnen de JGZ 0-19 jaar vergelijking op zorguitkomsten uit te voeren.

1.1 Indicatoren

Indicatoren worden de laatste jaren veelvuldig ontwikkeld en ingezet in de gezondheidszorg. De definitie van een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit. Kwaliteit kan hierbij gedefinieerd worden als de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg) (Donabedian 1966). Kenmerkend voor indicatoren is dat ze een signaalfunctie hebben; ze kunnen worden beschouwd als indicatief voor de kwaliteit van een onderliggend fenomeen. Indicatoren zullen daarom dus nooit directe informatie opleveren over de oorzaak van een bepaald probleem. Het gebruik van indicatoren betekent dus altijd dat nader onderzoek noodzakelijk is. Verder is het belangrijk om indicatoren altijd in hun context te beschouwen. Zo zal een temperatuur van 37 graden normaal zijn als het de lichaamstemperatuur betreft, maar is een waarde van 37 graden betrekkelijk hoog als het om zwemwater gaat.

Het doel van indicatoren is uiteindelijk altijd het stimuleren van kwaliteitsverbetering. Dit kan echter vanuit verschillende invalshoeken gedaan worden: een intern perspectief en een extern perspectief. Bij het interne perspectief worden indicatoren uitsluitend gebruikt voor interne doeleinden; de instelling of organisatie wil inzicht krijgen in de eigen prestaties en initieert op basis van de resultaten verbeteractiviteiten. De resultaten worden echter niet naar buiten gebracht of gebruikt voor vergelijking met andere instellingen. Daarnaast worden indicatoren de laatste jaren ook vaak gebruikt vanuit een extern perspectief. De indicatoren worden in dat geval gebruikt voor verantwoording; ze maken de geleverde diensten transparant voor externe partijen. De inspectie gebruikt bijvoorbeeld indicatoren om toezicht te houden. Door openbare vergelijking van de prestaties (benchmarking) worden zorginstellingen en zorgverleners gestimuleerd om de kwaliteit van de dienstverlening te optimaliseren. Men zal zich aan elkaar spiegelen en de best practices zullen worden overgenomen.

Indicatoren kunnen betrekking hebben op de drie dimensies van kwaliteit van zorg volgens Donabedian: structuur, proces en uitkomst. Een structuurindicator beoordeelt

hoe het systeem is georganiseerd en toegerust, een procesindicator richt zich op hoe de zorg wordt verleend en een uitkomstindicator meet de effectiviteit van de zorg. Binnen de uitkomstindicatoren wordt vaak nog een onderscheid gemaakt tussen output- en outcome-indicatoren (Derose e.a. 2002, 2003). Outputindicatoren zeggen iets over het product van de zorg, bijvoorbeeld het aantal mensen dat volgens een bepaalde methode gescreend is, terwijl outcome-indicatoren iets zeggen over de resultaten van het screeningsprogramma (de effectiviteit). Bijvoorbeeld bij hoeveel van de gescreende mensen uiteindelijk een ernstige ziekte is voorkómen. De voorkeur gaat vaak uit naar indicatoren die een uitspraak kunnen doen over de uitkomsten van de zorg. Soms vereist de situatie echter eerder structuur- en procesindicatoren. Bijvoorbeeld als een nieuwe landelijke richtlijn wordt ingevoerd terwijl regio's de randvoorwaarden nog niet goed geregeld hebben. In dat geval kan het zinnig zijn om met de indicatoren te beoordelen of na verloop van tijd de randvoorwaarden wél overal goed geregeld zijn.

1.2 Draagvlak

Een indicatorenset die beoogt om organisaties van elkaar te laten leren, kan alleen succesvol zijn als bij deze organisaties sprake is van draagvlak en betrokkenheid. Daarom is bij de ontwikkeling van de indicatorenset voor de benchmark JGZ nauw samengewerkt met het veld. Dit betekende dat ook rekening is gehouden met de wens vanuit het veld om slechts een beperkt aantal indicatoren te formuleren die aansluiten bij bestaande registratiesystemen.

Het veld is op verschillende manieren betrokken geweest bij de ontwikkeling van de indicatorenset. Allereerst heeft een werkgroep van JGZ-medewerkers een voorlopige indicatorenset geformuleerd. Deze voorlopige set is vervolgens in een veldbijeenkomst voorgelegd aan 20 vertegenwoordigers uit verschillende JGZ organisaties (6 JGZ organisaties voor 4-19 jaar en 14 JGZ organisaties voor 0-4 jaar) die zouden deelnemen aan een pilot. Op basis van deze bijeenkomst is de voorlopige indicatorenset zodanig aangepast dat de gegevensverzameling voor de organisaties in een eerste uitvraagronde haalbaar was.

In de huidige rapportage wordt achtereenvolgens beschreven: het ontwikkelproces (H2), de resultaten van het ontwikkelproces, namelijk de basisset indicatoren (H3), de procedure van de gegevensuitvraag en de resultaten van de gegevensuitvraag (H4), en de conclusies en aanbevelingen (H5).

2 Methode van ontwikkelen indicatoren

2.1 Doelstelling project

De concrete doelstelling van het project was de ontwikkeling van een beperkte indicatorenset (maximaal 10 indicatoren) die iets zouden zeggen over de kwaliteit van de zorgverlening binnen de JGZ 0-19 jaar. De indicatoren dienden in een pilot uitgevraagd te kunnen worden en na afloop zouden de indicatoren – indien nodig – worden bijgesteld op basis van de ervaringen en resultaten.

Wat betreft de ontwikkeling van de indicatoren, was als aanvullende eis geformuleerd dat de set zoveel mogelijk moest bestaan uit zogenaamde uitkomstindicatoren, eventueel aangevuld met procesindicatoren (Donabedian 1966). Donabedian onderscheidt structuur, proces en uitkomstindicatoren. Deze indicatoren vertegenwoordigen respectievelijk informatie over de beschikbare middelen, informatie over het verloop van het zorgproces en informatie over de effecten van het zorgproces. Een tweede eis was dat de indicatoren dienden aan te sluiten bij bestaande registratiebronnen, en tot slot moesten de indicatoren geformuleerd worden volgens de AIRE systematiek (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation, de Koning e.a. 2006). De AIRE systematiek is een veelgebruikte systematiek voor de beoordeling en ontwikkeling van indicatoren. Hierin zijn kwaliteitseisen voor indicatoren beschreven, waarbij onderscheid wordt gemaakt in vier categorieën:

- Doel, relevantie, en organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft
- Betrokkenheid van belanghebbenden
- Wetenschappelijk bewijs
- Verdere onderbouwing, formulering en gebruik

Deze categorieën zijn nader uitgewerkt, waarvan een beknopte weergave in Bijlage B wordt gegeven.

2.2 De ontwikkeling van de indicatoren in fasen

De ontwikkeling van de indicatorenset vond plaats in drie fasen. Allereerst de fase van deskresearch en voorbereiding op de werkgroepbijeenkomsten. Daarna de fase van de werkgroepbijeenkomsten zelf, en tot slot de fase waarin de indicatoren werden aangepast in een veldbijeenkomst. Deze drie fasen hebben in totaal een periode van 7 maanden (juli 2007 – januari 2008) in beslag genomen. De werkwijze in ieder van de drie fasen wordt hieronder in aparte paragrafen beschreven.

2.2.1 *Fase 1: Deskresearch en voorbereiding van de werkgroepbijeenkomsten*

Het doel van deze fase was de inventarisatie van de bestaande gegevensbronnen, zodat de indicatorenset optimaal zou aansluiten bij bestaande informatiebronnen en registratiesystemen. Bij deze inventarisatie vormde het basistakenpakket (BTP) het uitgangspunt. Voor de zes productgroepen en bijbehorende producten uit het BTP (uniforme én maatwerkdeel) is gekeken in hoeverre gegevens in de Nationale Monitor Jeugdgezondheid, het concept Elektronisch Kind Dossier (EKD) en Praeventis (het registratiesysteem van de entadministraties) geregistreerd werden. Omdat binnen de JGZ nog veel gebruik gemaakt wordt van papieren dossiers, is daarnaast gekeken welke producten uit het BTP eenduidig in de papierendossiers (integraal dossier versie 6) terug te vinden waren. Tot slot is gekeken in hoeverre bepaalde indicatoren al beschikbaar waren. Hierbij bleek met name de indicatorenset die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ontwikkeld heeft voor de openbare gezondheidszorg (OGZ)

relevant (IGZ 2007). Daarnaast is ook een *concept*indicatorenset die TNO KvL in opdracht van de IGZ ontwikkelde voor verschillende bevolkingsonderzoeken in beschouwing genomen (Onderzoek naar indicatoren ketenaansluiting bij bevolkingsonderzoek, Broerse e.a. 2007).

Dit alles heeft geleid tot een overzichtstabel op basis waarvan met de Werkgroep Zorguitkomsten gediscussieerd kon worden over prioriteiten die men wilde toekennen aan bepaalde indicatoronderwerpen.

In de voorbereiding op de werkgroepbijeenkomsten waren ActiZ en GGD Nederland verantwoordelijk voor de samenstelling van de werkgroep. De JGZ medewerkers die hiervoor belangstelling hadden, werden gerekruteerd uit de pool van instellingen die zich reeds hadden aangemeld voor het pilotonderzoek van de benchmark. De deelnemers (zie bijlage C) kregen hiervoor geen financiële compensatie. ActiZ en GGD Nederland waren daarnaast verantwoordelijk voor de organisatie van werkgroepbijeenkomsten.

2.2.2 *Fase 2: Werkgroepbijeenkomsten*

Het doel van deze fase was samen met mensen uit het veld indicatoren formuleren. Hiervoor waren vijf werkbijeenkomsten met een vaste werkgroep van 6 JGZ medewerkers (4 artsen en 2 verpleegkundigen) gepland. Gedurende het project bleek nog een zesde bijeenkomst wenselijk. In de eerste werkgroepbijeenkomst is door de werkgroep gebrainstormd over belangrijke indicatoronderwerpen. Hierbij werden onderwerpen naar voren gebracht op basis van relevantie en leerpotentieel (dus waar wilde men iets van leren?). Vooralsnog werd nog geen rekening gehouden met beperkingen (bijvoorbeeld door ontbrekende registratiesystemen) of het feit dat voor bepaalde onderwerpen reeds indicatoren geformuleerd waren (door de Inspectie bijvoorbeeld). Ieder van de deelnemers heeft vervolgens (al dan niet in samenspraak met derden uit de eigen organisatie) binnen de onderwerpenlijst prioriteiten aangebracht. Op basis hiervan is een prioriteitenlijst tot stand gekomen. Een groot aantal van de onderwerpen uit prioriteitenlijst bleek eveneens *zeer hoge prioriteit* gekregen te hebben in de ZonMw-studie naar de prioritering van onderwerpen voor toekomstig effectonderzoek (*Update Programmeringstudie Effectonderzoek*, ZonMw 2005). Ook twee (praktijk)deskundigen binnen TNO (JGZ medewerkers) bleken grotendeels overeenkomstige onderwerpen prioriteit te geven.

De prioriteitenlijst vormde de basis voor het formuleren van voorlopige indicatoren. In eerste instantie zijn alleen de eerste 15 onderwerpen in beschouwing genomen voor de formulering van indicatoren, aangezien het de bedoeling was om een beknopte indicatorenset te formuleren. TNO heeft in een discussiestuk een voorzet voor mogelijke indicatoren gedaan. Voor dit discussiestuk is gebruik gemaakt van de kennis van deskundigen binnen TNO en het TNO rapport *De jeugdgezondheidszorg: activiteiten onderbouwd* (Schuller e.a. 2004).

In de tweede en navolgende werkbijeenkomsten is het discussiestuk besproken en aangepast. TNO heeft daarnaast gedurende de werkbijeenkomsten gezocht naar de wetenschappelijke onderbouwing en onderbouwing vanuit richtlijnen en/of landelijke protocollen. Bij de discussies met de werkgroep zijn de items uit het AIRE instrument leidend geweest.

2.2.3 *Fase 3: Veldbijeenkomst*

Deze fase was niet voorzien in het projectplan. De noodzaak van deze fase werd duidelijk toen ActiZ en GGD Nederland in gesprek waren met de 20 organisaties over de praktische invulling van de pilot. Bij de organisaties bleek twijfel te bestaan over de praktische haalbaarheid en de relevantie van sommige indicatoren. Omdat de

aanwezigheid van draagvlak als een cruciale factor voor een succesvolle gegevensuitvraag werd beschouwd, is dit signaal zeer serieus genomen en werd besloten tot een extra veldbijeenkomst waarin alle pilotorganisaties gedurende een hele dag konden meepraten over de indicatoren. Tijdens deze bijeenkomst werden in kleine werkgroepen alle indicatoren besproken, waarna in een plenaire sessie getracht werd tot consensus te komen over eventuele aanpassingen. Het resultaat was een reductie van het aantal indicatoren, waarbij de afgefallen indicatoren voorlopig werden geparkeerd voor een eventuele volgende uitvraagronde.

3 Resultaten

Hieronder worden de resultaten van de verschillende ontwikkelfasen beschreven. Allereerst wordt beschreven welke onderwerpen prioriteit van de werkgroep kregen. Daarna wordt beschreven hoe deze prioritering tot een voorlopige indicatorenset heeft geleid. Vervolgens wordt beschreven hoe de voorlopige indicatorenset tijdens de veldbijeenkomst werd aangepast tot de uiteindelijke basisset. Tot slot worden de indicatoren uit de basisset ieder afzonderlijk beschreven. Daarbij wordt per indicator aangegeven welke overwegingen en discussiepunten aan de orde zijn geweest. De indicatoren die naar aanleiding van de veldbijeenkomst niet zijn opgenomen in de basisset, worden in Bijlage D beschreven.

3.1 Prioritering indicatoronderwerpen

In tabel 2 worden de 15 onderwerpen aangegeven die prioriteit kregen van de werkgroep. Hierbij werd de hoogste prioriteit toegekend aan spraak- en taalproblemen. Binnen de werkgroepbijeenkomsten is in eerste instantie alleen naar deze eerste 15 onderwerpen gekeken bij de formulering van indicatoren. Het was immers de bedoeling om een beknopte indicatorenset te formuleren.

In de tweede kolom van tabel 2 wordt voor ieder van de onderwerpen het werkveld aangegeven, dus of het onderwerp specifiek is voor de JGZ 0-4 jaar, de JGZ 4-19 jaar of de gehele JGZ (dus 0-19 jaar). Het was van belang om hiermee rekening te houden, omdat in de uiteindelijke indicatorenset een evenwichtige verdeling over het hele werkveld van de JGZ beoogd werd. In de laatste kolom van de tabel wordt aangegeven of er al een indicator voor het onderwerp bestond. Wanneer dit het geval was, bleek dit zonder uitzondering een indicator van de Inspectie te zijn.

Tabel 2: Prioriteitenlijst van onderwerpen

	Onderwerp	Werkveld
1	Spraak-taalproblemen	0-19 jaar
2	Kindermishandeling	0-19 jaar
3	Borstvoeding	0-4 jaar
4	Huilbaby's	0-4 jaar
5	Opvoedproblemen	0-19 jaar
6	Overgewicht	0-19 jaar
7	Roken bij middelbare scholieren	4-19 jaar
8	Extra zorg bij lage SES	0-19 jaar
9	Overdracht na 4 jaar	0-19 jaar
10	Alcoholgebruik bij middelbare scholieren	4-19 jaar
11	Vaccinatiegraad	0-4 jaar
12	Bewegen-motoriek	0-19 jaar
13	Effecten van groepsvoorlichting	0-19 jaar
14	Hartafwijkingen	0-4 jaar
15	Speciaal onderwijs	4-19 jaar

3.2 Uitwerking van de onderwerpen

Voor sommige van de onderwerpen uit tabel 2 bleek het bij nader inzien lastig om tot de formulering van een goede indicator te komen. Het onderwerp was bijvoorbeeld niet specifiek genoeg of de invloed vanuit de JGZ op het onderwerp werd in twijfel

getrokken. Als gevolg hiervan werden zes van de onderwerpen niet tot een indicator uitgewerkt. In tabel 3 wordt beschreven om welke onderwerpen het gaat. De resterende negen onderwerpen zijn door de werkgroep wél tot een voorlopige indicatorenset uitgewerkt.

Tabel 3: Onderwerpen die niet zijn uitgewerkt tot indicator

	Onderwerp	Reden voor niet verder uitwerken
3	Borstvoeding	Het % borstgevoede kinderen is afhankelijk van veel factoren buiten de invloedssfeer van de JGZ. In het prenatale traject spelen verloskundigen en kraamzorg een grote rol. Na de geboorte is de invloed van de JGZ 0-4 beperkt. De hedendaagse zelfbewuste moeder stopt vaak vanwege werk met borstvoeding (Lanting e.a. 2007) en de invloed van familie, burens, etc. is groot. Omdat organisaties bovendien de Peilingen Borstvoeding (TNO KvL) teruggekoppeld krijgen, waarin percentages borstgevoede kinderen weergegeven worden, is ervoor gekozen dit onderwerp vooralsnog buiten beschouwing te laten.
8	Extra zorg bij lage SES 0-19 jaar	Het begrip <i>extra zorg</i> is erg breed. Het betreft bijvoorbeeld maatschappelijk werk, opvoedondersteuning, VVE, gezinshulp, huisbezoek en videobegeleiding. Door al deze aspecten mee te nemen, zou de indicator te weinig specifieke informatie gaan opleveren. Daarnaast is de operationalisatie van <i>lage SES</i> lastig (opleidingsniveau?). Tot slot geldt dat de extra zorg meestal niet door de JGZ zelf wordt uitgevoerd.
12	Bewegen-motoriek 4-19	Het effect van een advies om meer te bewegen wordt voor een groot deel bepaald door factoren buiten de invloedssfeer van de JGZ.
13	Effecten van groepsvoorlichting	Het onderwerp is te weinig concreet en betreft een procesmatig aspect van de uitvoeringspraktijk, terwijl in eerste instantie naar <i>zorguitkomsten</i> gezocht wordt.
14	Hartafwijkingen 0-4 jaar	Het correct verwijzen zou een maat voor de effectiviteit van de JGZ 0-4 kunnen zijn. De JGZ arts kan naar de huisarts verwijzen of rechtstreeks naar de 2 ^{de} lijn (in sommige gemeenten). Of de verwijzing uiteindelijk correct was, is voor de JGZ echter lastig te achterhalen. Men krijgt namelijk niet automatisch bericht van de huisarts of de 2 ^{de} lijn. Daarmee is de indicator praktisch niet goed uitvoerbaar.
15	Speciaal onderwijs 4-19 jaar	De specifieke taken van de schoolarts binnen (de toeleiding naar) het speciaal onderwijs zijn op dit moment te weinig concreet om hiervoor een indicator voor <i>zorguitkomsten</i> te formuleren.

3.2.1 Evidence based indicatoren

Voor ieder van de resterende negen onderwerpen is zoveel mogelijk gezocht naar indicatoren die gebaseerd konden worden op *evidence based* interventies (signalering en handelen). Dit betekende dat voor ieder van de onderwerpen is gekeken naar wetenschappelijk bewijs voor de interventies waaraan de indicator refereert. In een enkel geval was dit bewijs direct beschikbaar (voor de onderwerpen *huiltbaby's* en

vaccinatiegraad), echter, voor de meeste onderwerpen was dergelijk bewijs niet voorhanden (zie tabel 4). Wél kon voor het onderwerp *kindermishandeling* gebruik worden gemaakt van de landelijke Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling (Wagenaar-Fischer e.a. 2007), waarin concrete adviezen voor AMK melding worden gegeven. Ook voor het onderwerp *overgewicht* is de indicator voor een belangrijk deel geïnspireerd op adviezen uit een veel gebruikt, landelijk protocol (het Overbruggingsprotocol, Bulk-Bunschoten 2005).

3.2.2 *Uitkomst- versus procesindicatoren*

Voor zeven van de negen onderwerpen konden indicatoren geformuleerd worden die daadwerkelijk *zorguitkomsten* in beeld brachten (zie tabel 4). Deze indicatoren geven daarmee directe informatie over de effectiviteit van de verleende zorg (dus of het kind er daadwerkelijk beter van is geworden). Voor de onderwerpen *kindermishandeling* en *overdracht na 4 jaar* bleek het lastig om een uitkomstmaat te definiëren. Deze onderwerpen werden door de werkgroep echter dermate belangrijk gevonden dat men ze niet buiten de indicatorenset wilde houden; er is daarom uitgeweken naar *procesindicatoren*. Voor deze onderwerpen wordt in beeld gebracht in hoeverre bepaalde handelingen verricht worden (respectievelijk vervroegd contact initiëren bij kinderen waarvoor dit vanuit de JGZ 0-4 jaar geïndiceerd is en nazorg regelen).

3.2.3 *Meerdere indicatoren per onderwerp*

Voor de meeste onderwerpen zijn meerdere subindicatoren geformuleerd (zie tabel 4). Deze subindicatoren leveren dan kwaliteitsinformatie die met elkaar is verbonden; vaak gaat het bijvoorbeeld om dezelfde indicatoren voor verschillende leeftijdscategorieën. Vaak ook levert de informatie van meerdere indicatoren tezamen de gewenste *uitkomst* informatie; een aantal procesindicatoren vormen dan de input voor een uitkomstindicator. Zo zijn bijvoorbeeld voor het onderwerp *kindermishandeling* twee indicatoren geformuleerd, waarbij het ‘% bij AMK gemelde kinderen’ input vormt voor de berekening van de indicator ‘% AMK meldingen waarbij binnen drie maanden nazorg is verleend’. De uitkomst van de eerste indicator vormt dan de zogenaamde *noemer* voor de berekening van de tweede indicator¹.

3.2.4 *Uitkomsten via cliënten*

Voor vier van de negen onderwerpen (huilbaby's, opvoedproblemen, roken en alcoholgebruik; tabel 4) koos de werkgroep voor indicatoren waarbij de uitkomst informatie via cliënten (ouders en kinderen) werd verkregen; via deze weg zou de effectiviteit van de zorgverlening het meest direct in beeld gebracht kunnen worden. Omdat dit impliceert dat er specifieke vragen in een cliëntenvragenlijst gesteld moeten worden, is door de werkgroep nagedacht over de precieze formulering van deze vragen. De uitkomstmaten die via cliënten verkregen worden, worden overigens in alle gevallen gekoppeld aan indicatorgegevens die wél door de JGZ zelf in beeld gebracht kunnen worden. Zo is bijvoorbeeld voor het onderwerp *huilbaby's* de indicator ‘% huilbaby's waarbij het advies ‘rust en regelmaat’ is gegeven’ geformuleerd die wordt gekoppeld aan de informatie die via ouders wordt verkregen, namelijk ‘% huilbaby's waarvoor de situatie 4 weken na het advies is verbeterd’.

¹ Bij het berekenen van indicatorgegevens wordt vaak gebruik gemaakt van een teller en noemer. Voor het berekenen van percentages wordt de teller gedeeld door de noemer, waarna het geheel wordt vermenigvuldigd met 100. De teller wordt bijvoorbeeld gevormd door het aantal keer dat een bepaalde handeling is verricht, terwijl de noemer wordt gevormd door het aantal kinderen waarop die handeling van toepassing zou moeten zijn.

Tabel 4: Indicatoronderwerpen: *evidence based* interventies, type indicatoren, aantal subindicatoren, Inspectie-indicatoren en gegevensbron

Onderwerp	Evidence based	Type indicator	Subindicatoren	IGZ	Gegevensbron
Spraak-taalproblemen	Nee	Uitkomst	3		Dossiers / JIS ***
Kindermishandeling	Nee *	Proces	2	Ja	Dossiers / JIS
Huilbaby's	Ja	Uitkomst	4		Dossiers / Cliënten
Opvoedproblemen	Nee **	Uitkomst	7		Dossiers / Cliënten
Overgewicht	Nee	Uitkomst	8	Ja	Dossiers / JIS
Roken	Nee	Uitkomst	2	Ja	JIS / Cliënten
Overdracht na 4 jaar	Nee	Proces	1		Dossiers / JIS
Alcoholgebruik	Nee	Uitkomst	2	Ja	JIS / Dossiers / Cliënten
Vaccinatiegraad	Ja	Uitkomst	4		Praeventis

* wél op basis van richtlijn

** richtlijn in ontwikkeling

*** In plaats van het JIS kan ook een ander elektronisch informatiesysteem of lokaal EKD in gebruik zijn

3.2.5 *Relatie tot de indicatoren van de Inspectie*

Zoals in tabel 2 is aangegeven, was voor vier van de negen onderwerpen al een indicator door de Inspectie geformuleerd. Deze indicatoren zijn in beschouwing genomen en aangevuld. Vaak zijn de aanvullingen ontstaan vanuit de wens om de indicator vollediger te maken of om de indicator meer toe te spitsen op de *uitkomsten* van de zorg.

3.2.6 *Verschillende registratiemethoden*

Op dit moment zijn er grote verschillen tussen organisaties voor wat betreft de wijze waarop gegevens over het kind worden geregistreerd. Dit gebeurt veelal in papieren dossiers (met name binnen het werkveld JGZ 0-4 jaar). Daarnaast wordt echter ook regelmatig gebruik gemaakt van elektronische registratiesystemen zoals het Jeugdgezondheidszorg Informatiesysteem (JIS) en wordt op kleine schaal met een lokaal Elektronisch Kind Dossier (EKD) gewerkt.

Bij de formulering van indicatoren heeft de werkgroep getracht rekening te houden met het feit dat indicatoren onafhankelijk van het type registratiesysteem verzameld moeten kunnen worden. Men was zich er echter van bewust dat de gegevensverzameling voor organisaties die uitsluitend met papieren dossiers werken niettemin een tijdrovende en complexe bezigheid zou worden. Voor enkele onderwerpen uit de prioriteitenlijst zijn bovendien subindicatoren geformuleerd die de registratie van gegevens vragen die op dit moment nog nauwelijks door de organisaties structureel geregistreerd worden. Hier zal in de toekomst dus vanuit het management van de organisaties meer aandacht aan besteed moeten worden. Een voorbeeld hiervan is het geven van het advies 'rust en regelmaat' bij huilbaby's. In tabel 4 wordt per indicatoronderwerp aangegeven uit welke bron (papier dossier, elektronisch systeem, cliëntenenquête) de indicatorgegevens gehaald moeten worden.

3.3 **Negen indicatoronderwerpen uitgewerkt tot voorlopige indicatoren**

In tabel 5 worden de voorlopige indicatoren beschreven zoals die door de werkgroep zijn geformuleerd. Dit overzicht is slechts een schematische (beknopte) weergave van de indicatoren. De volledige uitwerking wordt gegeven in paragraaf 3.5 en bijlage D.

Tabel 5: Schematisch overzicht van de voorlopige indicatoren (december 2007)

1	Spraak-taalproblemen 0-4 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen van 0-4 jaar waarvoor actie is ondernomen in verband met (twijfel over) spraak- en taalproblemen
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen van 0-4 jaar dat verwezen is voor (twijfel over) spraak- en taalproblemen
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen waarbij tijdens PGO contactmoment BO onderbouw spraak- en/of taalproblemen worden geconstateerd die niet opgemerkt waren in de JGZ 0-4 jaar
2	Kindermishandeling 0-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % bij AMK gemelde kinderen
	<ul style="list-style-type: none"> % meldingen bij het AMK waarbij binnen een termijn van drie maanden sprake is geweest van nazorg
3	Huilbaby's
	<ul style="list-style-type: none"> % zuigelingen van 4 weken dat als 'huilbaby' wordt gekenmerkt
	<ul style="list-style-type: none"> % huilbaby's waarbij het mondeling advies 'rust en regelmaat' is gegeven
	<ul style="list-style-type: none"> % huilbaby's waarbij de situatie na 4 weken na het advies volgens de ouders is verbeterd
	<ul style="list-style-type: none"> % ouders dat aangeeft in verband met een huilbaby ook andere wegen bewandeld te hebben (naast het advies 'rust en regelmaat')
4	Opvoedproblemen 0-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen van 0-4 jaar met lichte opvoedproblemen (bijvoorbeeld een dwarse peuter)
	<ul style="list-style-type: none"> % basisschoolkinderen met lichte opvoedproblemen bij PGO contactmoment BO onderbouw en PGO contactmoment BO bovenbouw
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen van 0-4 jaar met lichte opvoedproblemen waarbij de JGZ in het afgelopen jaar actie ondernomen heeft
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen met lichte opvoedproblemen bij PGO contactmoment BO onderbouw en PGO contactmoment BO bovenbouw waarbij de JGZ in het afgelopen jaar actie ondernomen heeft
	<ul style="list-style-type: none"> % ouders van kinderen van 0-4 jaar met lichte opvoedproblemen dat tevreden is met deze interventie
	<ul style="list-style-type: none"> % ouders van basisschoolkinderen met lichte opvoedproblemen bij PGO contactmoment BO onderbouw en PGO contactmoment BO bovenbouw dat tevreden is met deze interventie
	<ul style="list-style-type: none"> Is er een interventieverpleegkundige beschikbaar voor het team?
5	Overgewicht 0-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % 3-jarigen met overgewicht (IGZ indicator)
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat bij respectievelijk PGO contactmoment BO onderbouw, PGO contactmoment BO bovenbouw (IGZ indicator) en PGO contactmoment VO overgewicht heeft
	<ul style="list-style-type: none"> % 3 jarigen met overgewicht dat interventie (advies dieet/voeding en beweging) aangeboden heeft gekregen
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen met overgewicht bij respectievelijk PGO contactmoment BO onderbouw, PGO contactmoment BO bovenbouw en PGO contactmoment VO dat interventie (advies dieet/voeding en beweging) aangeboden heeft gekregen
	<ul style="list-style-type: none"> % ouders van 3-jarigen dat binnen 6-9 maanden gehoor geeft aan follow up in verband met overgewicht
	<ul style="list-style-type: none"> % ouders van kinderen met overgewicht bij respectievelijk PGO

	contactmoment BO onderbouw en PGO contactmoment BO bovenbouw en ouders en/of kinderen met overgewicht bij PGO contactmoment VO dat binnen 6-9 maanden gehoor geeft aan follow up in verband met overgewicht
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen met overgewicht bij 3 jaar dat bij het volgende contactmoment (3,9 jaar) een verbeterd BMI heeft
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen met overgewicht bij respectievelijk PGO contactmoment BO onderbouw, PGO contactmoment BO bovenbouw en PGO contactmoment VO dat na 6-9 maanden een verbeterd BMI heeft
6	Roken 4-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat tijdens PGO contactmoment VO naar aanleiding van het rookgedrag voorlichting en advies heeft gekregen. % kinderen dat aangeeft minder te zijn gaan roken naar aanleiding van het advies van de JGZ bij PGO contactmoment VO
7	Overdracht na 4 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen waarbij het advies vanuit de JGZ 0-4 na afloop van het 4-jarig consult door de JGZ 4-19 is opgepakt
8	Alcoholgebruik 4-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat tijdens PGO klas 2 VO (13/14-jarigen) voorlichting/advies heeft gekregen naar aanleiding van het alcoholgebruik % kinderen dat na 3 maanden aangeeft minder te zijn gaan drinken na het advies van de JGZ 4-19 tijdens PGO contactmoment VO
9	Vaccinatie 0-4 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat op de leeftijd van 6 maanden de primaire serie DKTP, Hib en pneumococci heeft ontvangen % kinderen dat de eerste DKTP vaccinatie in de 7^{de} tot 10^{de} levensweek heeft ontvangen % kinderen van Hepatitis B draagsters dat op de leeftijd van 6 maanden de volledige serie van 4 HepB vaccinaties (0,2,3,4 maanden) heeft ontvangen % kinderen dat op de leeftijd van 16 maanden de BMR en MenC vaccinaties heeft ontvangen

3.4 Reductie van voorlopige indicatorenset

De indicatoren uit tabel 5 zijn tijdens de veldbijeenkomst (zie paragraaf 2.2.3) in kleine werkgroepen besproken. Hierbij is consensus bereikt over zes indicatoronderwerpen. Deze indicatoren vormen gezamenlijk de basisset indicatoren JGZ. Voor een aantal van deze onderwerpen zijn op advies van de afgevaardigden nog enkele wijzigingen aangebracht in vergelijking met de *voorlopige* indicatorenset:

- Opvoedproblemen: de term 'opvoedprobleem' is aangevuld met de term 'opvoedspanning'. Daarnaast is de term 'PGO' achterwege gelaten in verband met het toenemend aantal organisaties dat gebruik maakt van triage in plaats van het reguliere PGO. De indicator over de interventieverpleegkundige is achterwege gelaten omdat het een structurelement betreft dat eerder een verklarende factor is en pas in tweede instantie interessant zou kunnen worden.
- Overgewicht: de definitie is aangescherpt door de toevoeging 'op basis van BMI (naar geslacht)'. Daarnaast is de term 'dieet' uit de definitie geschrapt. Advies over een dieet behoort namelijk niet tot de taken van de JGZ. Tot slot is bij de follow up

expliciet toegevoegd dat het om een intern (JGZ) follow up consult gaat (en niet om een extern consult bij de diëtiste bijvoorbeeld).

- c) Roken en alcoholgebruik: omdat steeds meer organisaties gebruik (gaan) maken van triage in plaats van het reguliere PGO, is het voor deze organisaties lastig geworden om zicht te krijgen op het rook- en drinkgedrag van kinderen. Daarmee vervalt ook de mogelijkheid om deze groep advies te geven. Daarom is het meten van advies in een indicator minder geschikt voor een benchmark. Het blijft echter wel relevant om bij kinderen zelf na te gaan in hoeverre ze iets met een eventueel advies bij het reguliere PGO gedaan hebben. Als blijkt dat dit succesvol is, trekt dat misschien de triage-GGD'en over de streep om toch ook het rook- en drinkgedrag serieus te blijven onderzoeken bij jongeren.
- d) Overdracht: In de toelichting op de indicator is toegevoegd dat het bij het advies niet gaat om 'extra aandacht besteden aan'.

In tabel 6 wordt de uiteindelijke basisset indicatoren JGZ schematisch weergegeven (in paragraaf 3.5 wordt het volledige overzicht gegeven). In tabel 7 wordt per indicatoronderwerp aangegeven: a) of de indicator evidence based was; b) om welk type indicator het gaat (naar het klassieke onderscheid van Donabedian, 1988); c) hoeveel subindicatoren er geformuleerd zijn; d) of de Inspectie een indicator voor het onderwerp geformuleerd heeft; en e) via welke gegevensbron de indicatorgegevens verkregen moeten worden.

Tabel 6: Schematisch overzicht van de basisset indicatoren JGZ (februari 2008)

1	Opvoedproblemen 0-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning welke wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente)
	<ul style="list-style-type: none"> % basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke bij contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente)
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning waarbij de JGZ in het afgelopen jaar zelf <u>actie</u> ondernomen heeft
	<ul style="list-style-type: none"> % basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke <u>gesignaleerd</u> is bij contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw waarbij de JGZ in het afgelopen jaar <u>actie</u> zelf ondernomen heeft
	<ul style="list-style-type: none"> % ouders van kinderen van 0-4 jaar met een opvoedsprobleem/-spanning welke <u>gesignaleerd</u> is en opgepakt is door het JGZ-team dat tevreden is met deze interventie
	<ul style="list-style-type: none"> % ouders van basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke <u>gesignaleerd</u> is bij contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw en opgepakt door het JGZ-team dat tevreden is met deze interventie
2	Overgewicht 0-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht)
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw, contactmoment BO bovenbouw en contactmoment VO overgewicht heeft op basis van BMI (naar geslacht)
	<ul style="list-style-type: none"> % 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen

	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw, contactmoment BO bovenbouw en contactmoment VO dat interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen
	<ul style="list-style-type: none"> % ouders van 3-jarigen dat een extra JGZ-consult heeft gekregen in verband met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht)
	<ul style="list-style-type: none"> % ouders van kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw en ouders en/of kinderen met overgewicht bij contactmoment VO dat binnen 6-9 maanden gehoor geeft aan follow up in verband met overgewicht
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij 3 jaar dat bij het volgende contactmoment (3,9 jaar) een verbeterd BMI heeft
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw, contactmoment BO bovenbouw en contactmoment VO dat na 6-9 maanden een verbeterd BMI heeft
3	Roken 4-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat aangeeft minder te zijn gaan roken naar aanleiding van het advies van de JGZ bij contactmoment VO
4	Overdracht na 4 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen waarbij het advies voor vervroegd contact vanuit de JGZ 0-4 na afloop van het 4-jarig consult door de JGZ 4-19 is opgepakt
5	Alcoholgebruik 4-19 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat aangeeft minder te zijn gaan drinken na het advies van de JGZ 4-19 tijdens contactmoment VO
6	Vaccinatie 0-4 jaar
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat op de leeftijd van 6 maanden de primaire serie DKTP, Hib en pneumococcon heeft ontvangen
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat de eerste DKTP vaccinatie in de 7^{de} tot 10^{de} levensweek heeft ontvangen
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen van Hepatitis B draagsters dat op de leeftijd van 6 maanden de volledige serie van 4 HepB vaccinaties (0,2,3,4 maanden) heeft ontvangen
	<ul style="list-style-type: none"> % kinderen dat op de leeftijd van 16 maanden de BMR en MenC vaccinaties heeft ontvangen

Tabel 7: Indicatoronderwerpen uit basisset JGZ: *evidence based*, type, aantal subindicatoren, beschikbaarheid Inspectie-indicatoren en de gegevensbron

Onderwerp	Evidence based	Type indicator	Subindicatoren	IGZ	Gegevensbron
Opvoedproblemen	Nee *	Uitkomst	6		Dossiers / Cliënten
Overgewicht	Nee	Uitkomst	8	Ja	Dossiers / JIS **
Roken	Nee	Uitkomst	1	Ja	Cliënten
Overdracht na 4 jaar	Nee	Proces	1		Dossiers / JIS
Alcoholgebruik	Nee	Uitkomst	1	Ja	Cliënten
Vaccinatiegraad	Ja	Uitkomst	4		Praeventis

* Richtlijn is in ontwikkeling

** In plaats van het JIS kan ook een ander elektronisch informatiesysteem of lokaal EKD in gebruik zijn

In tabel 8 wordt beschreven op basis van welke argumenten de overige onderwerpen buiten de basisset gehouden zijn.

Tabel 8: Indicatoronderwerpen die buiten de basisset zijn gehouden

Onderwerp	Reden voor niet-opname in basisset
Spraak-taalproblemen	Er zijn (te) veel verschillen tussen organisaties m.b.t. de registratie van de ondernomen acties. Het lijkt verstandig te wachten tot eenheid van taal is ontstaan door komst van een goed instrument dat door iedereen wordt toegepast. Het is bovendien de vraag of het aantal niet opgemerkte problemen meetbaar is. Vergelijk je geen appels met peren? Gaat het om door JGZ 0-4 'gemiste' spraaktaalproblemen of om tussentijds ontstane problemen (zoals bij stotteren, wat veelal na 4-jarige leeftijd ontstaat)? Voorgesteld wordt om deskundigen nader te laten bekijken of je deze vraag/definitie niet kunt versmallen waardoor de indicator wel bruikbaar wordt. Conclusie: Parkeren; indicator nog niet meenemen in de eerste uitvraagronde.
Kindermishandeling	Het verzamelen van gegevens betekent dat dossiers moeten worden doorgebladerd. Dit kost met een papieren versie enorm veel tijd. Daarnaast rijzen vragen over de indicator zelf: wat zegt een geconstateerd aantal meldingen eigenlijk precies? Dat je meldt wanneer je dit zou moeten doen? Wanneer je veel meldingen doet, kunnen daar meerdere redenen voor zijn; het geeft dus niet gelijk beeld van de kwaliteit/het effect van de zorg. Conclusie: Parkeren; nogmaals bespreken met deskundigen.
Huilbaby's	Hoewel dit een belangrijk thema wordt gevonden, is volgens de aanwezigen de definitie van een huilbaby niet eenduidig (term 'huilbaby' wordt niet overal gehanteerd). De gehanteerde definitie wordt niet altijd als zodanig in het dossier geregistreerd. De meetbaarheid van de indicatoren is daarmee nog onvoldoende. Men kan verder bediscussiëren of 'rust en regelmaat' dé interventie is. Bovendien: wanneer moet je dit meten? (wanneer is het piekmoment van excessief huilen?) Conclusie: Parkeren, voorleggen aan deskundige

3.5 Beschrijving van de indicatoren

In deze paragraaf worden alle indicatoronderwerpen uit de basisset en hun bijbehorende indicatoren uitgebreid beschreven. Naast een algemene inleiding op het onderwerp, wordt per indicator aangegeven welke afwegingen en kanttekeningen vanuit de werkgroep gemaakt zijn. Vervolgens worden de verschillende subindicatoren ieder in een apart raamwerk gepresenteerd. In dit raamwerk is, naast een concrete indicatoromschrijving, ook een korte toelichting (indien noodzakelijk) opgenomen. Ten aanzien van de gegevensbron en de registratieperiode zijn bij de eerste uitvraagronde in het raamwerk expliciete aantallen en data ingevuld. Deze zijn ten behoeve van deze algemene rapportage achterwege gelaten.

3.5.1 Opvoedproblemen 0-19 jaar

Inleiding

Er wordt gesproken van opvoedproblemen als ouder(s) opvoedspanning, opvoedcrisis of opvoednood ervaren. Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedsituaties is van belang om kinderen die in hun ontwikkeling bedreigd worden, te identificeren, en hen en de ouder(s) met interventies te ondersteunen. Er is nog geen landelijke richtlijn voor de signalering van opvoedproblemen. Het RIVM werkt echter op dit moment aan een richtlijn voor de opsporing van psychosociale problemen.

Bij lichte opvoedproblemen (hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld een dwarse peuter) zal de JGZ zelf actie ondernemen. Meestal wordt in dat geval één of meerdere huisbezoeken afgelegd waarbij de ouders gerichte adviezen krijgen. Bij zwaardere opvoedproblemen zal de JGZ doorverwijzen naar andere instanties.

Dat dit onderwerp voor de JGZ relevant is, blijkt uit het feit dat op dit moment per gemeente gemiddeld 10 projecten op het terrein van opvoedproblemen worden uitgevoerd.

Algemene overwegingen, opmerkingen en discussiepunten vanuit de werkgroep

- Gegevens over acties worden niet uniform geregistreerd.
- Het vaststellen of een kind gebaat is bij de actie/interventie is lastig en wordt ook niet altijd eenduidig geregistreerd. Daarom wordt dit via klantervaringen nagegaan. In de klantenquête wordt tegelijkertijd ook nagegaan of de ouders het probleem als zodanig hebben ervaren (aangezien dit niet altijd het geval zal zijn en de JGZ dan soms tóch adviezen geeft).

Indicatoren in raamwerk

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning welke wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente)
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X dossiers. Indien steekproef van dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente):
Noemer	X (steekproefgrootte)
Percentage	.....
Toelichting	Bij deze indicator dienen alleen die problemen meegenomen te worden die binnen het eigen team van de JGZ behandeld worden én waarover ouders en professionals het eens zijn dat er sprake van een probleem is.

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke bij contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente)
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of een steekproef van X dossiers. Indien steekproef van dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X gezien bij contactmoment BO onderbouw • X gezien bij contactmoment BO onderbouw Registratieperiode: tot
Teller 1	Aantal basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente):
Noemer 1	X (steekproefgrootte)
Percentage 1	.....
Teller 2	Aantal basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke bij contactmoment BO <u>bovenbouw</u> wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente):
Noemer 2	X (steekproefgrootte)
Percentage 2	.....
Toelichting	Bij de indicator wordt alleen uitgegaan van kinderen binnen het reguliere onderwijs. Het speciaal onderwijs blijft buiten beschouwing.

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning waarbij de JGZ in het afgelopen jaar zelf <u>actie</u> ondernomen heeft
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X dossiers. Indien steekproef van dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning waarbij de JGZ in het afgelopen jaar zelf <u>actie</u> ondernomen heeft:
Noemer	Aantal kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning welke wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan <u>eigen team</u> (arts/verpleegkundige/assistente):
Percentage	.....
Toelichting	Tot de <i>acties</i> behoren alle activiteiten die door de JGZ zelf worden ondernomen (en waarbij dus geen verwijzing plaatsvindt naar organisaties/instellingen <i>buiten</i> de eigen JGZ organisatie). Dit zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Advies geven (bijvoorbeeld het advies ‘negeren, positief belonen’; dit advies is mondeling of eventueel in de vorm van een folder) • Telefonisch consult • Huisbezoek • Advies inwinnen of verwijzing naar (iemand binnen het) eigen team of de eigen organisatie (hieronder valt niet: verwijzingen naar video-hometraining, opvoedcursussen en opvoedbureau)

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke <u>gesignaleerd</u> is bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> en contactmoment BO <u>bovenbouw</u> waarbij de JGZ in het afgelopen jaar <u>actie</u> zelf ondernomen heeft
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of een steekproef van X dossiers. Indien steekproef van dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X gezien bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> • X gezien bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> Registratieperiode: tot
Teller 1	Aantal basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke <u>gesignaleerd</u> is bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> waarbij de JGZ in het afgelopen jaar <u>actie</u> zelf ondernomen heeft:
Noemer 1	Aantal basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan <u>eigen team</u> (arts/verpleegkundige/assistente):
Percentage 1	.....

Teller 2	Aantal basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke gesignaleerd is bij contactmoment BO <u>bovenbouw</u> waarbij de JGZ in het afgelopen jaar <u>actie</u> zelf ondernomen heeft:
Noemer 2	Aantal basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke bij contactmoment BO <u>bovenbouw</u> wel <u>gesignaleerd</u> is, maar niet direct doorverwezen naar anderen dan eigen team (arts/verpleegkundige/assistente):
Percentage 2	.....
Toelichting	Bij de indicator wordt alleen uitgegaan van kinderen binnen het reguliere onderwijs. Het speciaal onderwijs blijft buiten beschouwing.

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% ouders van kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/-spanning welke gesignaleerd is en opgepakt is door het JGZ-team dat tevreden is met deze interventie
Gegevensbron	Cliëntenenquête
Toelichting	<p>Aan ouders met lichte opvoedproblemen wordt het volgende gevraagd:</p> <p>Heeft u in het afgelopen jaar volgens het consultatiebureau te maken gehad met lichte opvoedproblemen (dat wil zeggen, problemen die door het consultatiebureau zelf opgepakt zijn, dus waarvoor geen verwijzing heeft plaatsgevonden, bijvoorbeeld een dwarse peuter)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee (volgende vragen overslaan)</p> <p>Vond u zelf ook dat u in het afgelopen jaar te maken had met lichte opvoedproblemen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p>Was u tevreden met de actie die daarop door het consultatiebureau werd ondernomen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Een beetje</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% ouders van basisschoolkinderen met een opvoedprobleem/-spanning welke gesignaleerd is bij contactmoment BO onderbouw en contactmoment BO bovenbouw en opgepakt door het JGZ-team dat tevreden is met deze interventie
Gegevensbron	Cliëntenenquête
Toelichting	<p>Aan ouders met lichte opvoedproblemen wordt het volgende gevraagd:</p> <p>Heeft u in de afgelopen 12 maanden (naar uw eigen mening) te maken gehad met lichte opvoedproblemen? (lichte opvoedproblemen wil zeggen: problemen die niet ernstig genoeg zijn voor verwijzing naar externe hulpverlenende instanties)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (volgende twee vragen overslaan)</p> <p>Heeft de jeugdgezondheidszorg in de afgelopen 12 maanden zelf de hulpverlening opgepakt (in plaats van doorverwezen naar externe instanties) in verband met deze lichte opvoedproblemen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (volgende vraag overslaan)</p> <p>Was u tevreden met deze hulpverlening door de jeugdgezondheidszorg?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Nee</p>

3.5.2 Overgewicht

Inleiding

Nederland krijgt te maken met een epidemie van (ernstig) overgewicht. Naarmate dit op jongere leeftijd voorkomt, is de kans op morbiditeit en mortaliteit groter. Door goede voorlichting over voeding, meer bewegen en goede begeleiding van kinderen met overgewicht, kan overgewicht voorkomen worden en kunnen latere problemen worden vermeden.

Op dit moment is er nog geen landelijke richtlijn overgewicht. Wél is er een overbruggingsplan (Bulk-Bunschoten e.a. 2005). Er is echter nog geen interventie die bewezen effectief is, dus veel JGZ medewerkers weten niet goed wat te doen. Veel van de zaken uit het overbruggingsplan zijn al jaren standaardadvies. Op dit moment is er veel landelijk onderzoek naar de interventies bij overgewicht (denk aan: advies voeding, bewegen, verwijzing, projecten als zomerkamp, etc).

Algemene overwegingen, opmerkingen en discussiepunten vanuit de werkgroep

- De Inspectie vraagt naar het % 3- en 10-jarigen met overgewicht. Omdat het regelmatig voorkomt dat bij 3-jarigen nog geen te hoge BMI wordt geconstateerd, maar bij basisschoolkinderen opeens wel, is deze leeftijdsgroep extra toegevoegd. Ook bij de overgang van basisschool naar voortgezet onderwijs wordt soms opeens overgewicht geconstateerd doordat kinderen aanzienlijk minder gaan bewegen. Daarom is de leeftijdsgroep VO toegevoegd.
- Er is gekozen voor de twee meest voor de hand liggende interventies die de JGZ *zelf* uitvoert. Dit, om via de indicator het effect van de interventie van de JGZ *zelf* te kunnen meten.
- Het is belangrijk dat de JGZ bij overgewicht aan follow up doet. Echter, niet alle ouders komen opdagen bij follow up consulten.
- Volgens het Overbruggingsplan (Bulk-Bunschoten e.a. 2005), wat momenteel nog de standaard is bij gebrek aan een JGZ richtlijn (maar waar sommige organisaties bewust op grond van eigen inzicht van afwijken), dient na 6 maanden geëvalueerd te worden of er een verbetering in het BMI is opgetreden. Soms is deze periode niet haalbaar in verband met schoolvakanties. Daarom is in de indicator een bandbreedte van 6 tot 9 maanden gekozen. Voor wat betreft die verbetering in het BMI, lijkt het niet reëel om als resultaat van het advies over voeding en beweging een *normaal* BMI te verwachten. Daarom is in de indicator gekozen voor een ‘verbeterd BMI’.
- De gegevens worden niet uniform in het dossier geregistreerd.

Indicatoren in raamwerk

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht)
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X dossiers. Indien steekproef van dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X uit leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht):
Noemer	X
Percentage	....

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% kinderen dat bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw, contactmoment BO bovenbouw en contactmoment VO overgewicht heeft op basis van BMI (naar geslacht)
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem Registratieperiode: tot
Teller 1	Aantal kinderen dat bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> overgewicht heeft op basis van BMI (naar geslacht):
Noemer 1	Aantal kinderen dat gezien is:
Percentage	....
Teller 2	Aantal % kinderen dat bij contactmoment BO <u>bovenbouw</u> overgewicht heeft op basis van BMI (naar geslacht)....
Noemer 2	Aantal kinderen dat gezien is: ...
Percentage	....
Teller 3	Aantal % kinderen dat bij contactmoment <u>VO</u> overgewicht heeft op basis van BMI (naar geslacht):
Noemer 3	Aantal kinderen dat gezien is:
Percentage	....

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X dossiers. Indien steekproef van dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X uit leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Noemer	Aantal 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht):
Percentage	....
Toelichting	Het gaat hier om interventies die het JGZ-team zelf uitvoert (dus geen verwijzing naar bijvoorbeeld een externe diëtiste)

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw, contactmoment BO bovenbouw en contactmoment VO dat interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem Registratieperiode: tot
Teller 1	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Noemer 1	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij contactmoment BO onderbouw:
Percentage	....

Teller 2	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat bij contactmoment <u>BO bovenbouw</u> een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Noemer 2	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij contactmoment <u>BO bovenbouw</u> :
Percentage	....
Teller 3	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat bij contactmoment <u>VO</u> een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Noemer 3	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij contactmoment <u>VO</u> :
Percentage	....
Toelichting	Het gaat hier om interventies die het JGZ-team zelf uitvoert (dus geen verwijzing naar bijvoorbeeld een externe diëtiste)

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% ouders van 3-jarigen dat een extra JGZ-consult heeft gekregen in verband met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht)
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X dossiers. Indien steekproef van dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X uit leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal % ouders van 3-jarigen dat een extra JGZ-consult heeft gekregen in verband met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht):
Noemer	Aantal 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Percentage	....
Toelichting	Het gaat hier om een extra follow up consult dat het JGZ-team zelf uitvoert. De ouders dienen aan dit follow up consult ook daadwerkelijk gehoor te hebben gegeven.

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% ouders van kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij respectievelijk contactmoment <u>BO onderbouw</u> en contactmoment <u>BO bovenbouw</u> en ouders en/of kinderen met overgewicht bij contactmoment <u>VO</u> dat binnen 6-9 maanden gehoor geeft aan follow up in verband met overgewicht
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem Registratieperiode: tot
Teller 1	Aantal ouders van kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij contactmoment <u>BO onderbouw</u> dat binnen 6-9 maanden gehoor geeft aan follow up in verband met overgewicht:
Noemer 1	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat bij contactmoment <u>BO onderbouw</u> een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:

Percentage	....
Teller 2	Aantal ouders van kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij contactmoment BO <u>bovenbouw</u> dat binnen 6-9 maanden gehoor geeft aan follow up in verband met overgewicht:
Noemer 2	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat bij contactmoment BO <u>bovenbouw</u> een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Percentage	....
Teller 3	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij contactmoment VO dat binnen 6-9 maanden gehoor geeft aan follow up in verband met overgewicht:
Noemer 3	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat bij contactmoment VO een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Percentage	....
Toelichting	Het gaat hier om follow up consulten die door het JGZ-team zelf uitgevoerd worden (dus niet om verwijzingen naar externen, zoals bijvoorbeeld een diëtiste)

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij 3 jaar dat bij het volgende contactmoment (3,9 jaar) een verbeterd BMI heeft
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X dossiers. Indien steekproef van dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X uit leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij 3 jaar dat bij het volgende contactmoment (3,9 jaar) een verbeterd BMI heeft:
Noemer	Aantal 3-jarigen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen :
Percentage	....
Toelichting	Onder een verbeterd BMI wordt <i>iedere</i> verbetering (hoe gering ook) ten opzichte van het oude BMI verstaan.

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij respectievelijk contactmoment BO onderbouw, contactmoment BO bovenbouw en contactmoment VO dat na 6-9 maanden een verbeterd BMI heeft
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem Registratieperiode: tot
Teller 1	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> dat na 6-9 maanden een verbeterd BMI heeft:

Noemer 1	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat bij contactmoment BO <u>onderbouw</u> een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Percentage	....
Teller 2	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij contactmoment BO <u>bovenbouw</u> dat na 6-9 maanden een verbeterd BMI heeft:
Noemer 2	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat bij contactmoment BO <u>bovenbouw</u> een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Percentage	....
Teller 3	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) bij contactmoment <u>VO</u> dat na 6-9 maanden een verbeterd BMI heeft:
Noemer 3	Aantal kinderen met overgewicht op basis van BMI (naar geslacht) dat bij contactmoment <u>VO</u> een interventie (advies voeding en/of beweging) aangeboden heeft gekregen:
Percentage	....
Toelichting	Onder een verbeterd BMI wordt <i>iedere</i> verbetering (hoe gering ook) ten opzichte van het oude BMI verstaan.

3.5.3 Roken middelbare scholieren

Inleiding

De schadelijke effecten van tabak en met name sigarettenrook staan vast. De belangrijkste ziekten die (mede) door roken kunnen worden veroorzaakt zijn hart- en vaatziekten en longkanker. In 2002 had 51% van de jongeren van 10 t/m 19 jaar ooit wel eens gerookt en rookte 19% dagelijks (van der Steen, 2002).

Roken is een speerpunt in het landelijke beleid van de overheid. De essentie van de preventie van roken is gedragsbestendiging (niet beginnen met roken) en gedragsverandering (stoppen met roken). Dit kan via gezondheidsvoorlichting, gecombineerd met structurele maatregelen als aanpassing van wetgeving, reclame en beschikbaarheid.

De rol van de JGZ is roken te voorkomen of te verminderen door het geven van individuele voorlichting en groepsvoorlichting en het meewerken aan en opzetten van interventies op bijvoorbeeld scholen.

Wat betreft de effectiviteit van de verschillende preventieprogramma's is er op populatieniveau een duidelijk positief effect op morbiditeit en sterfte. Voor de individuele voorlichting is echter onbekend in hoeverre deze doeltreffend is.

Algemene overwegingen, opmerkingen en discussiepunten vanuit de werkgroep

- Indien de JGZ 4-19 organisatie nog werkt met het reguliere PGO contactmoment VO zal bijna altijd het rookgedrag aan de orde komen (al dan niet via een standaardvragenlijst zoals de KIVPA). Voor organisaties die zijn overgestapt op triage, zal het lastig zijn om de jongeren die veel roken te signaleren.
- Er is op dit moment nog geen landelijke richtlijn of protocol voor wie, wanneer, welk advies behoort te krijgen (en hoe de follow up moet plaatsvinden). Het is dus onduidelijk hoe het advies er precies uit zou moeten zien (NB. Voor volwassenen is er op dit gebied wel iets in ontwikkeling). In de praktijk geven schoolartsen vaak advies bij iedere vorm van roken (dus onafhankelijk van aantal en frequentie). Dit advies kan echter variëren van 'het even aanstippen' tot 'er goed voor gaan zitten'. Indien de JGZ arts (schoolarts) iets meer wil doen n.a.v. het rookgedrag, is hij afhankelijk van wat er in de regio verder aangeboden wordt aan stoppen-met-roken projecten.
- Er wordt doorgaans geen follow up consult afgesproken naar aanleiding van een eventueel gegeven advies over het rookgedrag. Op VMBO scholen rookt zo'n 30%, waarmee een regulier follow up consult bij al deze leerlingen praktisch onuitvoerbaar wordt. Daarom is ook dit aspect niet meegenomen in de formulering van een indicator.
- Ondanks het feit dat er grote variatie bestaat in het (al dan niet) geven van advies bij roken, en ook gegeven het feit dat follow up niet aan de orde is, werd toch een uitkomstindicator die iets zegt over effect van advies interessant gevonden. Dit effect kan het beste via de kinderen zelf gemeten worden (% kinderen dat aangeeft minder te zijn gaan roken naar aanleiding van het advies van de JGZ bij contactmoment VO), aangezien de JGZ organisaties het gegeven advies niet structureel registreren en het effect van hun advies niet zelf kunnen monitoren. Daarom is een uitkomstindicator geformuleerd die via een cliëntenenquête (CQ-index) gemeten moet worden. Deze enquête wordt anoniem afgenomen, waarmee getracht wordt de sociaal wenselijke antwoorden te minimaliseren. De jongere zal daarnaast gevraagd worden of hij/zij advies/voorlichting heeft gehad tijdens het individuele contactmoment en of dit advies van invloed is geweest op het (eventuele) stopgedrag.

- Een kanttekening die bij de indicator is geplaatst is dat de invloed van de JGZ op het eventueel stoppen met roken van jongeren als beperkt kan worden verondersteld. Het eventuele stoppen-met-roken wordt waarschijnlijk voor een groot deel bepaald door andere factoren, zoals landelijke campagnes (Stivoro, Operatie Tegengif, etc) en de media (soapseries e.d.).

Indicator in raamwerk

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% kinderen dat aangeeft minder te zijn gaan roken naar aanleiding van het advies van de JGZ bij contactmoment VO
Gegevensbron	Cliëntenenquête
Toelichting	<p>Aan kinderen die gezien zijn bij PGO contactmoment VO wordt gevraagd:</p> <p>Rookte je in de periode dat het gezondheidsonderzoek plaats vond?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee (volgende drie vragen overslaan)</p> <p>Heb je tijdens het gezondheidsonderzoek advies of voorlichting gekregen hoe je kunt stoppen of minderen met roken?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p>Ben je na het gezondheidsonderzoek gestopt met roken of ben je minder gaan roken?</p> <p><input type="checkbox"/> Ik ben gestopt met roken</p> <p><input type="checkbox"/> Ik ben minder gaan roken</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, ik ben niet gestopt met roken en ben ook niet minder gaan roken (volgende vraag overslaan)</p> <p>Heeft het advies/de voorlichting dat je tijdens het gezondheidsonderzoek hebt gekregen je bij het stoppen of minderen geholpen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>

3.5.4 Overdracht na 4 jaar

Inleiding

Binnen de JGZ 0-4 jaar wordt het kind minimaal 15 keer op standaardmomenten door de JGZ 0-4 gezien (richtlijn contactmomenten). Na afloop van deze periode (als het kind 4 jaar is) verzorgt de JGZ 0-4 de overdracht, meestal via een overdrachtsformulier, soms in combinatie met mondelinge toelichting. Hierop kan een specifiek advies worden meegegeven ten aanzien van het kind. In de praktijk betekent dit vaak dat de JGZ 0-4 adviseert om het kind eerder te zien dan het gebruikelijke contactmoment in groep 2. Hiervoor kunnen allerlei redenen zijn (achterstand in de motorische/psychische ontwikkeling, zorgelijke thuissituatie, etc.). Het is voor het kind van belang dat de overdracht tussen de JGZ 0-4 en 4-19 goed verloopt, zodat het de gewenste zorg krijgt. Daarom dienen de JGZ 0-4 en JGZ 4-19 hun zorg goed af te stemmen in de overdracht.

Algemene overwegingen, opmerkingen en discussiepunten bij de indicatoren

- Deze indicator kan de JGZ 4-19 inzicht geven in de haalbaarheid om adviezen vanuit de JGZ 0-4 op de gestelde termijn op te volgen (ze vallen dan onder 'extra zorg'), terwijl het voor de JGZ 0-4 interessant is om te weten of de adviezen ook daadwerkelijk opgevolgd worden.
- Binnen de JGZ wordt de overdracht op verschillende manieren geregeld. Bijvoorbeeld door dossiers face-to-face door te geven (bijv. door arts/verpleegkundige aan arts/verpleegkundige) of door dossiers per post te versturen met daarbij een overdrachtsformulier (die overigens binnen de JGZ niet standaard gebruikt worden).
- De JGZ 4-19 organisaties hanteren verschillende werkwijzen om dossiers met indicatie voor vervroegd contact af te handelen (bijv. door een sticker of het overdrachtsformulier bovenop het dossier te plakken, waarna een secretariael medewerker de dossiers mét indicatie selecteert en zorgt voor verdere afhandeling. Op deze manier blijven er echter regelmatig dossiers buiten het blikveld van de JGZ-artsen/verpleegkundigen).
- Omdat het onwenselijk is om de indicatorgegevens via ouders uit te vragen (ouders weten niet altijd of hun kind als 'probleemkind' aan de JGZ 4-19 overgedragen wordt, en zullen naar verwachting ook niet altijd (meer) weten of er een advies voor vervroegd contact was meegegeven). Daarom kan de indicator het beste via een steekproef van dossiers bij de JGZ 4-19 vastgesteld worden (en dus niet via de ouders van deze kinderen).
- Binnen de benchmark GGD worden op dit moment geen gegevens geregistreerd die bruikbaar zijn voor deze indicator. Ten aanzien van de overdracht wordt geregistreerd: het aantal onderzoeken op indicatie. Dit onderzoek kan uitgevoerd worden op verzoek van een JGZ arts, maar ook op verzoek van anderen. Het aantal onderzoeken op indicatie wordt niet per leeftijdsgroep vastgesteld.

Indicator in raamwerk

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% kinderen waarbij het advies voor vervroegd contact vanuit de JGZ 0-4 na afloop van het 4-jarig consult door de JGZ 4-19 is opgepakt
Gegevensbron	Een steekproef van X dossiers met indicatie voor vervroegd contact wordt vergeleken met de gegevens uit het elektronisch registratiesysteem (bijvoorbeeld JIS). Dossiers worden geselecteerd uit geboortecohort 200X.
Teller	Aantal kinderen waarbij het advies voor vervroegd contact vanuit de JGZ 0-4 na afloop van het 4-jarig consult daadwerkelijk is opgevolgd:
Noemer	X
Percentage	.....
Toelichting	Het gaat hier uitsluitend om het advies over <i>vervroegd contact</i> , en dus niet om de kinderen die een advies hebben meegekregen in de trant van 'extra aandacht besteden aan ...'

3.5.5 Alcoholgebruik

Inleiding

Alcohol is het meest gebruikte en meest wijdverbreide genotmiddel in Nederland. Alcoholgebruik kan vele schadelijke gevolgen hebben zoals leveraandoeningen en verhoogde kans op kanker. Daarnaast levert het ook risico's op voor de omgeving (gezin en werk) en de maatschappij (verkeer en uitgaan). Bij sommige aandoeningen zoals hartziekten en beroerte zorgt matig alcoholgebruik echter voor een lager risico. Het alcoholgebruik onder jongeren is volgens het Trimbosinstituut, vooral in de leeftijdsgroep 12-14 jaar, is in Nederland in de afgelopen tien jaar zorgwekkend gestegen (Verdurmen e.a. 2006). Het hoge drankgebruik op jonge leeftijd veroorzaakt, naast ongewenste directe effecten (risicovol seksueel gedrag, ongevallen en verwondingen, agressief gedrag) ook een grotere kans op alcoholproblemen op latere leeftijd. Daarbij kan fors alcoholgebruik op jonge leeftijd het leervermogen en het geheugen aantasten en kunnen veranderingen in het hersenweefsel optreden. Alcoholmisbruik vormt een speerpunt in het beleid van de landelijke overheid. Door middel van vroege opsporing en goede voorlichting kunnen veel problemen worden voorkomen. Veel preventieve interventies richten zich op specifieke doelgroepen. De rol van de JGZ is alcoholmisbruik te voorkomen of te verminderen door het geven van individuele voorlichting en groepsvoorlichting en het meewerken aan en opzetten van interventies op bijvoorbeeld scholen. Wat betreft de effectiviteit van de verschillende preventieprogramma's is opvallend weinig bekend (Verdurmen e.a. 2006). Een geïntegreerde aanpak, waarbij op verschillende niveaus (school, ouders, community) dezelfde eenduidige boodschap wordt gegeven wordt aanbevolen. Massamediale campagnes zijn goed voor de 'agendasetting', maar dienen gevolgd te worden door andere interventies (zoals het terugdringen van de beschikbaarheid van alcohol en interventies ten aanzien van ouders).

Algemene overwegingen, opmerkingen en discussiepunten bij de indicatoren

- Indien de JGZ 4-19 organisatie nog werkt met het reguliere PGO contactmoment VO wordt altijd nagevraagd of de jongere alcohol gebruikt (al dan niet via een standaardvragenlijst, bijvoorbeeld de KIVPA). Voor organisaties die (deels) zijn overgestapt op triage, zal het lastig zijn om de jongeren die veel alcohol drinken te signaleren.
- De jongeren die alcohol gebruiken krijgen vanuit de JGZ 4-19 geen standaard advies. Er is immers geen landelijke richtlijn of protocol. Naar verwachting zal de uitgebreidheid van een advies variëren afhankelijk van het belang dat de JGZ arts of verpleegkundige aan alcoholgebruik hecht.
- Het alcoholgebruik wordt niet door alle instellingen standaard in het JIS (of een ander elektronisch registratiesysteem) geregistreerd. Ditzelfde geldt voor het registreren van een eventueel advies.
- Aan het advies wordt niet standaard een follow up consult gekoppeld. Een follow up bij alle leerlingen die wel eens (veel) alcohol gebruiken, zou praktisch onuitvoerbaar zijn. Echter, wanneer een jongere buitengewoon veel drinkt, zal de JGZ arts waarschijnlijk wél een follow up consult regelen.
- In verband met de afwezigheid van follow up, zal de uitkomstindicator (een eventuele vermindering van het drinkgedrag als gevolg van het advies van de JGZ) aan de jongere zelf worden gevraagd. Deze enquête is anoniem, waarmee sociaal wenselijke antwoorden mogelijk beperkt blijven. Omdat de invloed van de JGZ op het alcoholgebruik van jongeren als beperkt wordt verondersteld (het wordt

waarschijnlijk voor een groot deel bepaald door factoren zoals landelijke campagnes en de media) zal in de enquête expliciet aan de jongeren gevraagd worden a) of ze advies hebben gehad en b) of dit advies van invloed is geweest op een eventuele vermindering van het alcoholgebruik.

Indicator in raamwerk

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% kinderen dat aangeeft minder te zijn gaan drinken na het advies van de JGZ 4-19 tijdens contactmoment VO
Gegevensbron	Cliëntenenquête
Toelichting	<p>Aan kinderen die zijn gezien tijdens contactmoment VO wordt gevraagd:</p> <p>Gebruikte je alcohol in de periode dat het gezondheidsonderzoek plaats vond?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee (volgende drie vragen overslaan)</p> <p>Heb je tijdens het gezondheidsonderzoek advies of voorlichting gekregen over alcoholgebruik?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p>Ben je na het bezoek aan de schoolarts gestopt met drinken of ben je minder gaan drinken?</p> <p><input type="checkbox"/> Ik ben gestopt met drinken</p> <p><input type="checkbox"/> Ik ben minder gaan drinken</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, ik ben niet gestopt met drinken en ben ook niet minder gaan drinken (volgende vraag overslaan)</p> <p>Heeft het advies/de voorlichting die je tijdens het gezondheidsonderzoek hebt gekregen je bij het stoppen of minderen geholpen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>

3.5.6 Vaccinatiegraad

Inleiding

Het Rijksvaccinatieprogramma is een door de overheid ingesteld preventieprogramma om alle kinderen in Nederland te beschermen tegen ernstige en soms dodelijke infectieziekten. Het betreft de ziekten difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis, haemophilus influenzae type b, bof, mazelen, rodehond, meningokokken C en pneumococcon. Daarnaast worden specifieke groepen tegen hep B gevaccineerd. Voor ieder van deze ziekten is een effectief vaccin beschikbaar. Door het Rijksvaccinatieprogramma komen bepaalde ziektes in Nederland niet of nauwelijks meer voor.

Het totaal aantal vaccinaties is ongeveer 2,5 miljoen per jaar. De vaccinatiegraad ligt in Nederland tussen de 95 en 97%, afhankelijk van het vaccin (Abbink e.a. 2004). De vaccinaties worden sinds 2004 vanaf de leeftijd van 2 maanden tot en met 9 jaar volgens een vast schema gegeven. Dit schema is ontworpen om kinderen optimaal te beschermen. Het is belangrijk dat kinderen het hele vaccinatieschema volledig doorlopen in de aangegeven volgorde. Met name bij kinderen van Hepatitis B draagsters is het tijdsaspect van groot belang. Onder uitvoerders leeft echter het idee dat het niet altijd lukt om de kinderen ook daadwerkelijk op tijd te vaccineren.

Algemene overwegingen, opmerkingen en discussiepunten bij de indicatoren

- De Inspectie vraagt de volgende indicatoren op: a) Aantal gemeenten BMR t=14 maanden vaccinatiegraad < 90%; b) Aantal gemeenten BMR t=9 jaar vaccinatiegraad < 90%
- De normale toedieningsleeftijden voor de eerste serie DKTP, Hib en Pneumococcon vaccinaties zijn 2, 3 en 4 maanden. Omdat in de praktijk is gebleken dat een relatief hoog percentage kinderen op de leeftijd van 6 maanden de eerste serie vaccinaties niet heeft ontvangen, is de leeftijd van de eerste vaccinatie naar voren geschoven. Nu wordt gestart als het kind 6 tot 9 weken oud is (dus in de 7^{de} tot 10^{de} levensweek). Volgens de laatste inzichten (Entadministraties/RIVM) is het echter niet meer strikt noodzakelijk om tussen de eerste drie vaccinaties strikte intervallen te hanteren. Dit geldt overigens niet voor de intervallen tussen de toediening van levende vaccinsoorten, zoals de BMR. In dat geval wordt een interval van 28 dagen gehanteerd.

Indicatoren in raamwerk

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% kinderen dat de eerste DKTP vaccinatie in de 7 ^{de} tot 10 ^{de} levensweek heeft ontvangen
Gegevensbron	Regionale entadministratie (uit registratiesysteem Praeventis) Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen dat de eerste DKTP vaccinatie in de 7 ^{de} tot 10 ^{de} levensweek heeft ontvangen:
Noemer	Aantal kinderen dat de eerste DKTP vaccinatie behoort te ontvangen:
Percentage	.....

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% kinderen dat op de leeftijd van 6 maanden de primaire serie DKTP, Hib en pneumococcon heeft ontvangen
Gegevensbron	Regionale entadministratie (uit registratiesysteem Praeventis) Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen dat op de leeftijd van 6 maanden de primaire serie DKTP, Hib en pneumococcon heeft ontvangen:
Noemer	Aantal kinderen dat gevaccineerd behoort te worden:
Percentage	.....

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% kinderen van Hepatitis B draagsters dat op de leeftijd van 6 maanden de volledige serie van 4 HepB vaccinaties (0,2,3,4 maanden) heeft ontvangen
Gegevensbron	Regionale entadministratie (uit registratiesysteem Praeventis) Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen van Hepatitis B draagsters dat op de leeftijd van 6 maanden de volledige serie van 4 HepB vaccinaties (0,2,3,4 maanden) heeft ontvangen:
Noemer	Aantal kinderen van Hepatitis B draagsters dat op de leeftijd van 6 maanden de volledige serie van 4 HepB vaccinaties had moeten krijgen:
Percentage	.....

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% kinderen dat op de leeftijd van 16 maanden de BMR en MenC vaccinaties heeft ontvangen
Gegevensbron	Regionale entadministratie (uit registratiesysteem Praeventis) Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen dat op de leeftijd van 16 maanden de BMR en MenC vaccinaties heeft ontvangen:
Noemer	Aantal kinderen dat op de leeftijd van 16 maanden de BMR en MenC vaccinaties had moeten ontvangen:
Percentage	.....

4 Gegevensuitvraag in de pilot

Er waren 20 JGZ organisaties die belangstelling hadden voor deelname aan de pilot. In een eerste ronde van gegevensverzameling werden naast de indicatoren voor zorguitkomsten, ook gegevens over cliëntervaringen, medewerkerstevredenheid en financiën verzameld. Voor wat betreft de zorguitkomsten is door ABF Research een digitaal invulbaar formulier ontwikkeld waarop de organisaties zelf de indicatorgegevens konden invullen. Organisaties kregen daarnaast een handleiding die hen kon helpen bij de gegevensverzameling. Deze handleiding was met name relevant voor organisaties die met papieren dossiers werkten. Deze organisaties moesten namelijk alle gegevens op basis van handmatig zoekwerk in een steekproef van dossiers verzamelen. Voor de steekproeftrekking gold dat het aantal dossiers zowel redelijk omvangrijk (want afhankelijk van de prevalentie van overgewicht, opvoedproblemen, etc.) als ook een nette doorsnede van het werkgebied moest betreffen; alle locaties dienden vertegenwoordigd te zijn. Daarnaast moesten alle relevante leeftijdsgroepen evenredig in de steekproef vertegenwoordigd zijn en was voor sommige indicatoren de periode waarover gegevens verzameld moesten worden iets afwijkend. In een enkel geval (bij overgewicht) moest bijvoorbeeld rekening gehouden worden met een follow up-periode, waardoor deze follow up-periode ook nog in de periode van gegevensverzameling moest vallen.

Uiteindelijk werden er op deze manier gegevens verzameld over opvoedproblemen, overgewicht en overdracht naar vier jaar. Voor de indicator over vaccinatie konden de gegevens worden opgevraagd bij de entadministraties. Daarnaast zijn via de cliëntenvragenlijst van het NIVEL gegevens verzameld over opvoedproblemen, roken en alcoholgebruik. Deze gegevens zijn door het NIVEL verwerkt en in deze rapportage overgenomen.

4.1 Procedure bij gegevensuitvraag

Binnen de deelnemende organisaties was één contactpersoon verantwoordelijk voor de verzameling van gegevens binnen de eigen organisatie. Deze persoon kreeg drie maanden de tijd om de gegevens bij ABF Research aan te leveren. Via ABF Research ontving TNO de dataset voor alle deelnemende organisaties. Deze dataset is gecontroleerd op volledigheid en consistentie. In sommige gevallen bleek het nodig om de organisaties nogmaals te benaderen, omdat een misinterpretatie van de indicator vermoed werd. Na de controle van het databestand, zijn de gegevens verwerkt tot individuele spiegelrapportages. In deze rapportage konden de deelnemende organisaties hun eigen prestaties vergelijken met die van de (anonieme) overige deelnemers.

4.2 Resultaten

Het aantal pilotorganisaties dat uiteindelijk gegevens over zorguitkomsten heeft verzameld, was met zeven organisaties JGZ 0-4 en drie organisaties JGZ 4-19 lager dan het aantal organisaties dat aanvankelijk belangstelling had voor de pilot. Sommige organisaties hadden van te voren al aangegeven dat meedoen aan de bouwsteen zorguitkomsten voor hen onhaalbaar was. Anderen concludeerden dit gaandeweg. Een belangrijke reden om af te haken was voor sommige organisaties de relatief korte tijd waarin de gegevens verzameld moesten worden. Het bleek voor hen onmogelijk om deze tijdsinvestering te doen naast alle andere verplichtingen.

De 10 organisaties die wel deelnamen, konden voor een groot aantal indicatoren gegevens aanleveren. Niettemin was geen enkele organisatie in staat om alle gevraagde

informatie te verzamelen. In de tabellen 8-17 staat aangegeven hoeveel organisaties per indicator gegevens hebben aangeleverd.

Voor het verzamelen van de data kon één JGZ 0-4 organisatie gebruik maken van een elektronisch registratiesysteem, terwijl alle drie de JGZ 4-19 organisaties hiervan gebruik maakten. De zes overige JGZ 0-4 organisaties hebben alle gegevens op basis van handmatig dossieronderzoek verzameld. Hierbij is in enkele gevallen een lichte afwijking in de steekproefgrootte ontstaan (zie tabellen 8-17). Daarnaast geldt voor een aantal indicatoren dat de resultaten gebaseerd zijn op zeer kleine absolute aantallen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de indicator “verbeterd BMI”, maar zeker ook voor de drie indicatoren die gebaseerd zijn op de cliëntenvragenlijst (opvoedproblemen, roken en alcoholgebruik). Omdat voor deze laatste groep indicatoren per organisatie ‘slechts’ 200 ouders en/of kinderen bevraagd zijn, en de respons gemiddeld 30% was, waren de absolute aantallen dermate klein dat vergelijking tussen organisaties niet zinvol was. Bovendien was het aantal organisaties dat aan de bouwsteen zorguitkomsten meedeed niet volledig overlappend met het aantal organisaties dat aan de bouwsteen cliënten meedeed. De cliëntgegevens zijn daarom niet in de resultatentabellen opgenomen. Ze worden uitsluitend beschreven in termen van algemene (respons)percentages voor de groep deelnemende organisaties als geheel. In de volgende paragrafen wordt per indicator aangegeven wat de resultaten van de 10 deelnemende organisaties op de verschillende indicatoren waren. In de tabellen 8-17 worden de resultaten anoniem weergegeven.

4.2.1 *Opvoedproblemen/opvoedspanning*

Het percentage kinderen met opvoedproblemen welke wel gesignaleerd zijn, maar niet direct doorverwezen hoefden te worden naar anderen dan het eigen JGZ-team (arts/verpleegkundige/assistente), varieerde tussen de JGZ 0-4 organisaties van 3 tot 30% (gemiddeld 16%; tabel 8). De twee JGZ 4-19 organisaties rapporteerden voor de onderbouw (tabel 9) respectievelijk 4 en 8% opvoedproblemen, en voor de bovenbouw (tabel 10) respectievelijk 2 en 4% opvoedproblemen. Voor wat betreft het percentage kinderen waarbij door de JGZ zelf actie ondernomen is, varieerde het aantal voor de JGZ 0-4 organisaties van 60 tot 100%. De twee JGZ 4-19 organisaties rapporteerden respectievelijk 41 en 83% voor het BO onderbouw en 31 en 74% voor de bovenbouw. Het percentage ouders dat tevreden was met de actie die door de JGZ 0-4 was ondernomen, kon niet per organisatie vastgesteld worden, omdat de absolute aantallen hiervoor te klein waren. Voor alle JGZ 0-4 organisaties samen was er volgens ouders in 11,5% (absolute aantal 228; totale steekproefgrootte 1985) sprake van lichte opvoedproblemen, waarbij in 61,8% (absolute aantal 141) door het JGZ-team hulpverlening was aangeboden. Hierover was 85,7% (absolute aantal 120) van de ouders tevreden, terwijl 12,9% (absolute aantal 18) een beetje tevreden was en 1,4% (absolute aantal 2) niet tevreden was. Voor de JGZ 4-19 was volgens ouders in de onderbouw van het basisonderwijs in 17,4% (absolute aantal 86; totale steekproefgrootte 495) sprake van lichte opvoedproblemen. Hierbij had het JGZ-team in 4,7% (absolute aantal 4) zelf hulpverlening aangeboden. 100% van de ouders was hierover tevreden. Voor de bovenbouw was volgens ouders in 14,3% (absolute aantal 44; totale steekproefgrootte 308) sprake van lichte opvoedproblemen, waarbij het JGZ-team in 11,4% (absolute aantal 5) zelf de hulpverlening had opgepakt. Hierover was 80% (absolute aantal 4) tevreden, terwijl 20% (absolute aantal 1) een beetje tevreden was.

Tabel 8: Percentage en absolute aantallen kinderen van 0-4 jaar met een opvoedprobleem/spanning waarvoor actie ondernomen is

Instelling	% opvoedproblemen	% actie ondernomen
1	12 (25 / 208)	88 (22 / 25)
2	30 (40 / 135)	60 (24 / 40)
3	3 (7 / 210)	71 (5 / 7)
4	23 (49 / 210)	84 (41 / 49)
5	7 (1042 / 155585)	85 (884 / 1042)
6	7 (15 / 210)	100 (15 / 15)
7	30 (62 / 210)	84 (52 / 62)
Gemiddeld	16	82

Tabel 9: Percentage en absolute aantallen kinderen uit BO onderbouw met een opvoedprobleem waarvoor actie ondernomen is

Instelling	% opvoedproblemen onderbouw	% actie ondernomen
1	8 *	83 *
2	4 (129 / 3003)	41 (53 / 129)
3	-	-

* absolute aantallen onbekend

Tabel 10: Percentage en absolute aantallen kinderen uit BO bovenbouw met een opvoedprobleem waarvoor actie ondernomen is

Instelling	% opvoedprobleem bovenbouw	% actie ondernomen
1	4 *	74 *
2	2 (49 / 2683)	31 (15 / 49)
3	-	-

* absolute aantallen onbekend

4.2.2 Overgewicht

Het percentage 3-jarigen waarbij overgewicht is gesignaleerd varieerde van 1% tot 10% (gemiddeld 6,3%; tabel 11). Het percentage kinderen met overgewicht uit het BO onderbouw varieerde tussen de twee organisaties die gegevens hadden aangeleverd van 13 tot 16% (tabel 12). Voor de bovenbouw varieerde dit van 14 tot 20% (tabel 13). Voor het VO werd door de enige organisatie die hierover gegevens kon aanleveren een percentage overgewicht van 20% gerapporteerd (tabel 14).

Het percentage ouders van 3-jarigen met overgewicht dat advies over voeding en/of beweging heeft gekregen, varieerde van 37 tot 100% (gemiddeld 75%; tabel 11). Voor de kinderen met overgewicht uit het BO onderbouw varieerde dit van 31 tot 36% (tabel 12), en voor de bovenbouw van 32 tot 42% (tabel 13). Voor het VO werd door de enige organisatie die hierover gegevens kon aanleveren een percentage van 48% gerapporteerd (tabel 14).

Het percentage ouders van 3-jarigen dat een extra consult heeft gekregen naar aanleiding van overgewicht van hun kind, varieerde van 40 tot 100% (tabel 15). Voor het BO onderbouw en bovenbouw kon slechts één organisatie deze indicatorgegevens aanleveren. Voor deze organisatie was het percentage ouders waarbij follow up had plaatsgevonden voor de onderbouw 45% (tabel 16) en voor de bovenbouw 30% (tabel 17). Hierbij gaf de organisatie echter als extra achtergrondinformatie dat slechts voor 36% een follow up afspraak gemaakt was. Voor het VO zijn door geen van de organisaties gegevens aangeleverd.

Het percentage 3-jarigen dat naar aanleiding van het advies een verbeterd BMI had, varieerde van 14% tot 100% (gemiddeld 55%; tabel 15). Voor het BO onderbouw en onderbouw waren deze percentages voor de enige organisatie die gegevens had aangeleverd respectievelijk 27% (tabel 16) en 29% (tabel 17). Voor het VO zijn door geen van de organisaties gegevens aangeleverd.

Tabel 11: Percentage en absolute aantallen 3-jarigen met overgewicht en dat advies heeft gekregen

Instelling	% overgewicht	% advies
1	9 (20 / 213)	85 (17 / 20)
2	5 (10 / 200)	100 (10 / 10)
3	10 (22 / 210)	50 (11 / 22)
4	10 (19 / 200)	37 (7 / 19)
5	2 (128 / 6179)	-
6	1 (1 / 70)	100 (1 / 1)
7	7 (13 / 200)	77 (10 / 13)
Gemiddeld	6,3	75

Tabel 12: Percentage en absolute aantallen kinderen uit BO onderbouw met overgewicht en dat advies heeft gekregen

Instelling	% overgewicht	% advies
1	13 *	36 *
2	-	-
3	16 (248 / 1589)	31 (76 / 248)

* absolute aantallen onbekend

Tabel 13: Percentage en absolute aantallen kinderen uit BO bovenbouw met overgewicht en dat advies heeft gekregen

Instelling	% overgewicht	% advies
1	14 *	32 *
2	-	-
3	20 (325 / 1590)	42 (135 / 325)

* absolute aantallen onbekend

Tabel 14: Percentage en absolute aantallen kinderen uit VO met overgewicht en dat advies heeft gekregen

Instelling	% overgewicht	% advies
1	-	-
2	-	-
3	20 (120 / 591)	48 (57 / 120)

Tabel 15: Percentage en absolute aantallen 3-jarigen met overgewicht dat een extra consult heeft gekregen en een verbeterd BMI had

Instelling	% extra consult	% verbeterd BMI
1	41 (7 / 17)	47 (8 / 17)
2	-	-
3	45 (5 / 11)	73 (8 / 11)
4	43 (3 / 7)	14 (1 / 7)
5	-	-
6	100 (1 / 1)	100 (1 / 1)
7	40 (4 / 10)	40 (4 / 10)
Gemiddeld	54	55

Tabel 16: Percentage en absolute aantallen kinderen uit BO onderbouw dat gehoor heeft gegeven aan een follow up afspraak en dat een verbeterd BMI heeft

Instelling	% follow up	% verbeterd BMI
1	45 *	27 *
2	-	-
3	-	-

* absolute aantallen onbekend

Tabel 17: Percentage en absolute aantallen kinderen uit BO bovenbouw dat gehoor heeft gegeven aan een follow up afspraak en dat een verbeterd BMI heeft

Instelling	% follow up	% verbeterd BMI
1	30 *	29 *
2	-	-
3	-	-

* absolute aantallen onbekend

4.2.3 Roken

Het percentage jongeren in het VO dat rookte en vervolgens naar aanleiding van het advies of de voorlichting van de JGZ het rookgedrag had aangepast, kon niet per organisatie worden vastgesteld; de absolute aantallen waren hiervoor te klein. Het totale percentage jongeren dat rookte betrof 4,4% (absolute aantal 18; totale steekproef 410). Van deze jongeren was 38,9% (absolute aantal 7) naar aanleiding van het advies van de JGZ gestopt met roken. 16,7% (absolute aantal 3) was minder gaan roken, en 44,4% (absolute aantal 8) had het rookgedrag niet veranderd. Van de jongeren die aangaven gestopt te zijn met roken of waren geminderd, meldde 57,1% (absolute aantal 4) dat het advies van de JGZ had geholpen bij het stoppen of minderen van het roken. 42,9% gaf aan dat het advies van de JGZ hierbij geen rol had gespeeld.

4.2.4 Overdracht na vier jaar

Het percentage kinderen waarbij het advies vanuit de JGZ 0-4 voor vervroegd contact door de JGZ 4-19 is opgepakt, is voor beide organisaties die hiervoor gegevens konden aanleveren 98% (tabel 18).

Tabel 18: Percentage en absolute aantallen kinderen waarbij het advies vanuit de JGZ 0-4 is opgevolgd

Instelling	% advies opgevolgd
1	98 (49 / 50)
2	-
3	98 (49 / 50)

4.2.5 Alcoholgebruik

Het percentage jongeren in het VO dat alcohol gebruikte en vervolgens naar aanleiding van het advies of de voorlichting van de JGZ het alcoholgebruik had aangepast, kon niet per organisatie worden vastgesteld. De absolute aantallen waren hiervoor te klein. Het totale percentage jongeren dat alcohol gebruikte betrof 12,2% (absolute aantal 50; totale steekproef 410). Van deze jongeren was 2% (absolute aantal 1) naar aanleiding van het advies van de JGZ gestopt met drinken. 24% (absolute aantal 12) was minder gaan drinken en 74% (absolute aantal 37) dronk nog evenveel als voorheen. Van de jongeren die aangaven gestopt te zijn met drinken of het drinken hadden verminderd, meldde 87,5% (absolute aantal 7) dat het advies van de JGZ hierbij een rol had gespeeld. In 12,5% (absolute aantal 1) had het advies geen rol gespeeld.

4.2.6 Vaccinatie

Het percentage kinderen dat de eerste DKTP vaccinatie had ontvangen in de 7^{de} tot de 10^{de} levensweek, varieerde tussen de JGZ 0-4 organisaties van 41,7% tot 51,2% (gemiddeld 43,9; tabel 19). Wanneer hier de 10^{de} levensweek bijgeteld werd, was deze variatie 70% tot 79,6% (gemiddeld 77,6%). Het percentage kinderen dat op de leeftijd van 6 maanden de primaire serie DKTP had ontvangen, varieerde tussen de organisaties van 92,8% tot 96,7% (gemiddeld 94,1%, tabel 20). Het percentage kinderen dat op de leeftijd van 6 maanden de primaire serie Hib en pneumococcon had ontvangen, varieerde tussen de organisaties van 92,5% tot 96,2% (gemiddeld 93,7%, tabel 20).

Tabel 19: Percentage en absolute aantallen kinderen dat in respectievelijk levensweek 7 tot 10 en levensweek 7 tot 11 de eerste DKTP vaccinatie had ontvangen.

Instelling	% DKTP in levensweek 7 tot 10	% DKTP in levensweek 7 tot 11
1	43,6 (631 / 1446)	75,6 (1093 / 1446)
2	42,0 (1573 / 3736)	75,1 (2683 / 3572)
3	51,2 (576 / 1125)	70,0 (788 / 1125)
4	43,8 (768 / 1749)	77,0 (1553 / 2017)
5	41,7 (1175 / 2821)	75,6 (2134 / 2821)
6	41,8 (1066 / 2550)	79,6 (2029 / 2550)
7	43,0 (688 / 1600)	77,6 (1242 / 1600)
Gemiddeld	43,9	77,6

Tabel 20: Percentage en absolute aantallen kinderen dat bij 6 maanden respectievelijk de primaire serie DKTP en Hib en pneumococcon had ontvangen.

Instelling	% DKTP bij 6 mnd	% Hib bij 6 mnd
1	92,8 (1405 / 1514)	92,6 (1402 / 1514)
2	95,3 (3510 / 3681)	95,1 (3501 / 3681)
3	93,0 (1107 / 1190)	92,7 (1104 / 1190)
4	93,2 (1865 / 2001)	92,5 (1851 / 2001)
5	94,0 (2730 / 2905)	93,3 (2729 / 2905)
6	96,7 (2464 / 2548)	96,2 (2450 / 2548)
7	93,4 (1530 / 1638)	93,4 (1531 / 1638)
Gemiddeld	94,1	93,7

De resultaten voor de twee andere vaccinatie-indicatoren (% kinderen van Hepatitis B draagsters dat op de leeftijd van 6 maanden de volledige serie van 4 HepB vaccinaties had ontvangen en % kinderen dat op de leeftijd van 16 maanden de BMR en MenC vaccinaties had ontvangen) waren ten tijde van het schrijven van dit rapport nog onbekend vanwege de korte termijn waarop deze gegevens (in specifieke vorm) via het RIVM beschikbaar gesteld moesten worden. Ook de deelnemende organisaties hadden hun resultaten nog niet in de vorm van een spiegelrapportage ontvangen.

5 Conclusies en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk worden conclusies en aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van de bouwsteen zorguitkomsten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen conclusies en aanbevelingen ten aanzien van a) het ontwikkelproces van de indicatoren, b) de basisset indicatoren zelf, c) de procedure van gegevensuitvraag, en d) de resultaten van de gegevensuitvraag.

5.1 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van het ontwikkelproces van indicatoren

Na afloop van de fase van deskresearch kon geconcludeerd worden dat er op verschillende plaatsen informatie over het zorgproces binnen de JGZ verzameld wordt. Dit gebeurt bijvoorbeeld binnen de Nationale Monitor Jeugdgezondheid, Praeventis (vaccinaties), en door de Inspectie. Deze informatie betreft echter hoofdzakelijk het *zorgproces* (en dus niet zozeer *zorguitkomsten*). Na afloop van deze fase kon daarom geconcludeerd worden dat, overeenkomstig de verwachtingen, met de ontwikkeling van een benchmarkinstrument voor zorguitkomsten inderdaad sprake was van een nieuwe ontwikkeling binnen de JGZ. Daarnaast kon geconcludeerd worden dat de registratie van gegevens in Praeventis mogelijkheden bood voor het formuleren van uitkomstindicatoren voor vaccinatie en dat het belangrijk was om afstemming te zoeken met de indicatoren van de Inspectie.

Voor de ontwikkeling van de indicatorenset werd gekozen voor een werkwijze waarbij het veld (JGZ-medewerkers in een werkgroep) zelf de keuzes voor indicatoronderwerpen en bijbehorende indicatoren maakte. Dit bleek een effectieve en efficiënte manier van werken, aangezien hiermee meteen draagvlak gecreëerd werd binnen het veld. Daarnaast kon de werkgroep de relevantie en praktische uitwerking (ook voor de dataverzameling) van de indicatoren meteen inschatten. Een belangrijke succesfactor voor het welslagen van dit ontwikkelproces bleek de individuele kwaliteit van de werkgroepleden om zich het abstracte denken rondom indicatorformulering eigen te maken en daarnaast over de grenzen van het eigen werkkerrein heen te kijken. Vanuit de werkgroep kwam een groot aantal voorstellen voor relevante indicatoronderwerpen. Echter, niet alle onderwerpen bleken geschikt voor de formulering van een indicator. Sommige onderwerpen bleken niet specifiek genoeg (extra zorg bij lage SES), of de invloed van de JGZ op de zorguitkomst werd betwijfeld (borstvoeding). In de uitwerking van de onderwerpen was opvallend dat er veelvuldig discussie was over de (on)mogelijkheden van de huidige wijze van registreren binnen de JGZ. Registratie van gegevens (met name in het papieren dossier) is voor een deel afhankelijk van lokale werkafspraken, de uitvoering daarvan en de motivatie van de individuele JGZ medewerkers. Het uniform registreren wordt daarnaast nog eens belemmerd door het feit dat er nog weinig richtlijnen en landelijke protocollen over registratie beschikbaar zijn. Dit alles heeft de mogelijkheden voor de formulering van indicatoren op basis van de registratie van zorgverleners beperkt. Met de komst van een landelijk EKD zouden deze problemen mogelijk ondervangen kunnen worden. Daartegenover stond de gunstige omstandigheid dat, parallel aan de ontwikkeling van de indicatoren voor zorguitkomsten, door het NIVEL een vragenlijst ontwikkeld werd voor ouders en kinderen. Dit bood de mogelijkheid om zorguitkomsten via cliënten in beeld te brengen. Met de formulering van enkele uitkomstmaten via een cliëntenenquête, kon de registratielast voor JGZ medewerkers beperkt worden. Het nadeel van een cliëntenenquête is dat de enquête bij een groot aantal cliënten afgenomen moet worden om betrouwbare gegevens te krijgen. Voor

indicatoronderwerpen met een relatief lage prevalentie, zoals kindermishandeling, biedt een cliëntenvragenlijst daardoor nauwelijks een alternatief. Uit het huidige onderzoek bleek dat zelfs voor het onderwerp opvoedproblemen, waarbij toch sprake is van een relatief hoge prevalentie, een steekproef van 200 cliënten te weinig was. De huidige drie indicatoren die via cliënten gemeten worden (opvoedproblemen, roken en alcoholgebruik), kunnen in de toekomst alleen in deze vorm gehandhaafd blijven als de vragenlijst onder een grotere groep ouders en/of kinderen wordt uitgezet.

Een aandachtspunt in het ontwikkeltraject vormde de aansluiting van de indicatoren bij bestaande benchmarken (GGD en VVT) en de gegevens die voor de indicatoren van de Inspectie verzameld moeten worden. Voor wat betreft de benchmarken GGD en VVT was het echter onnodig te waken voor dubbele informatieverzameling, aangezien in beide benchmarken nog geen zorguitkomsten meegenomen werden. Daarentegen was het wel van belang eenduidig taalgebruik te hanteren dat aansloot bij de bestaande benchmarken, zodat integratie in de (nabije) toekomst mogelijk wordt. Voor wat betreft de Inspectie-indicatoren is voor een aantal onderwerpen aansluiting gezocht bij hetgeen de Inspectie jaarlijks van de organisaties vraagt. Dit betreft hoog geprioriteerde onderwerpen. De Inspectie-indicatoren zijn op een aantal punten uitgebreid met gegevens die nog iets directer de zorguitkomsten in beeld brengen. Zo wordt bijvoorbeeld voor overgewicht gevraagd naar een verbeterd BMI, terwijl de Inspectie kijkt naar prevalentie. Aansluiting bij Inspectieonderwerpen leek ook gunstig met het oog op de gegevensverzameling, aangezien organisaties vaak al ten behoeve van de jaarlijkse aanlevering van gegevens aan de Inspectie extra registraties hebben opgezet. De registratie van gegevens voor de huidige basisset kan hier dus bij aansluiten.

Tijdens het ontwikkeltraject was de veldbijeenkomst cruciaal voor het verkrijgen van breder draagvlak binnen het veld. Het bleek belangrijk om samen met de pilotorganisaties te zoeken naar algemeen geaccepteerde definities en omschrijvingen en hen te betrekken bij de keuze voor de uiteindelijke indicatoren. De consequentie hiervan was dat een aantal onderwerpen voor de indicatoren niet goedgekeurd werden, omdat hierover geen brede consensus bereikt kon worden (dit was bijvoorbeeld het geval voor het onderwerp spaak-taalproblemen). Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat het niet realistisch is om volledige consensus ten aanzien van alle indicatoren na te streven; ook subjectieve elementen (persoonlijke voorkeuren) spelen namelijk een rol.

Met de veldbijeenkomst werd meteen ook een ander belangrijk onderdeel van indicatorontwikkeling ondervangen, namelijk het geven van instructie over hoe de indicatoren bedoeld zijn en geïnterpreteerd moeten worden. Door met alle pilotorganisaties gezamenlijk te discussiëren over de indicatoren, was meteen ook voor alle organisaties duidelijk hoe de indicatoren geïnterpreteerd moesten worden. Dit was eerder getracht te ondervangen door voor iedere indicator een toelichting te schrijven, maar in de praktijk bleek dit niet voldoende. Voor toekomstige benchmarkrondes is het dan ook wenselijk om in een vroegtijdig stadium een instructiebijeenkomst te organiseren, zodat de organisaties kunnen anticiperen op hetgeen gevraagd gaat worden en men verzekerd is van een juiste interpretatie van de te registreren gegevens. In de toekomst zal het wellicht praktisch onuitvoerbaar zijn om een veldbijeenkomst te organiseren waar alle organisaties gezamenlijk meepraten over de (nieuwe of voorgestelde aanpassingen in de) indicatoren. Aanbevolen wordt om in dat geval alle organisaties (en eventueel andere deskundigen) in een mailing uit te nodigen om de indicatorenset te commentariëren. Op die manier kunnen organisaties ook in een vroegtijdig stadium met de indicatoren kennismaken en zal eventueel draagvlak gecreëerd kunnen worden.

5.2 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de indicatoren uit de basisset

De uiteindelijke basisset van indicatoren bevatte zes onderwerpen die redelijk evenwichtig over het totale JGZ werkveld verdeeld waren (drie voor de JGZ 0-4 en vijf voor de JGZ 4-19). Deze evenredige verdeling was van belang voor de registratielast. De JGZ 0-4 organisaties konden voor de vaccinatiegegevens gebruik maken van gegevens uit Praeventis die door het RIVM beheerd worden, en de JGZ 4-19 organisaties konden voor gegevens over roken en alcoholgebruik gebruik maken van de cliëntenvragenlijst van het NIVEL.

Wat betreft het *type* indicatoren dat in de basisset is opgenomen, bestaat de uiteindelijke set voor het merendeel uit *uitkomst*indicatoren, alhoewel iedere uitkomstindicator omgeven is door enkele procesindicatoren die nodig zijn om tot de uitkomstmaten te komen. Voor slechts één onderwerp, de overdracht tussen de JGZ 0-4 en 4-19, werd uitsluitend alleen een procesindicator geformuleerd.

Wat betreft de wetenschappelijke onderbouwing van de indicatoren, kon voor het onderwerp vaccinatie gebruik worden gemaakt van wetenschappelijke studies. Hiermee is deze indicator *evidence based*. Voor de overige vijf onderwerpen kon geen gebruik worden gemaakt van wetenschappelijke studies of richtlijnen (alhoewel voor het onderwerp opvoedproblemen een richtlijn in ontwikkeling is). Met de komst van een groot aantal nieuwe JGZ richtlijnen zal in de toekomst mogelijk een aantal aanvullende *evidence based* indicatoren voor de benchmark ontwikkeld kunnen worden.

5.3 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de procedure van de gegevensuitvraag

De coördinatie van de gegevensuitvraag was in handen van ActiZ, waarbij TNO samen met ActiZ als helpdesk fungeerde voor de organisaties. Voor de uitvraag werd gebruik gemaakt van een door ABF Research ontwikkeld digitaal uitvraagformulier (Excelbestand). Hierin konden de pilotorganisaties hun gegevens direct invullen. Voor de JGZ 0-4 organisaties betrof dit gegevens over twee onderwerpen en voor de JGZ 4-19 organisaties betrof dit gegevens over drie onderwerpen. De gegevens over vaccinatie werden door TNO via het RIVM opgevraagd en de gegevens over roken en alcoholgebruik via het NIVEL.

Het gebruik van een digitaal uitvraagformulier bleek voor de organisaties erg handig, maar de invulvelden werden soms onjuist geïnterpreteerd. Dit bleek doordat getallen niet klopten bij nadere bestudering. Met name het gebruik van de tellers en noemers heeft nogal eens voor verwarring gezorgd. Door de invulvelden te versimpelen (bijvoorbeeld door niet van tellers en noemers te spreken) en door de toelichting bij het formulier aan te scherpen, kan dit in de toekomst deels worden ondervangen. Niettemin zal altijd een helpdesk ingesteld moeten worden om inhoudelijk vragen van organisaties te beantwoorden. Ook zal daarnaast altijd vanuit een inhoudelijke invalshoek naar de correctheid van het aangeleverde gegevensbestand gekeken moeten worden.

5.4 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de resultaten van de gegevensuitvraag

Het aantal pilotorganisaties dat uiteindelijk gegevens heeft verzameld, was met zeven JGZ 0-4 organisaties en drie JGZ 4-19 organisaties lager dan het aantal organisaties dat aanvankelijk belangstelling had voor de pilot. Sommige organisaties hadden voorafgaand aan de gegevensuitvraag al aangegeven dat meedoen aan de bouwsteen zorguitkomsten voor hen onhaalbaar was. Anderen concludeerden dit gaandeweg de uitvraagperiode. Een belangrijke reden om af te haken was de relatief korte tijd waarin

de gegevens verzameld moesten worden; het bleek voor een aantal organisaties onmogelijk om deze tijdsinvestering te doen naast alle andere verplichtingen die men al had. In een toekomstige uitvraagronde kan dit probleem worden ondervangen door organisaties ruim (minimaal een jaar) van te voren te informeren over de indicatoren. Organisaties kunnen zich op die manier op de uitvraag voorbereiden en eventueel extra gegevens gaan registreren. Daarnaast kunnen met zorgverleners eenduidige afspraken gemaakt worden over hoe bepaalde gegevens genoteerd gaan worden in een dossier, waarbij iedereen dezelfde definities hanteert. Wanneer de registratie plaatsvindt in een digitaal systeem, zal dit bovendien enorm veel tijds winst bij de dataverzameling opleveren. Bij het opstellen van een digitaal systeem, dient rekening gehouden te worden met de definities van de indicatoren. Wanneer organisaties ruim een jaar van te voren geïnformeerd worden, kunnen zij ook rekening houden met personele capaciteit om de benchmarkgegevens te coördineren en te verzamelen.

De deelname van een beperkt aantal organisaties, die helaas geen van allen volledige gegevens konden aanleveren, had directe consequenties voor de betrouwbaarheid waarmee organisaties onderling vergeleken konden worden. Dit was met name voor de JGZ 4-19 organisaties aan de orde. Het deelnamepercentage zal in een volgende uitvraagronde hoger moeten zijn om vergelijking voor de organisaties lonend te maken. Juist de vergelijking met andere organisaties maakt verbetermogelijkheden inzichtelijk, terwijl bij weinig deelnemers het referentiekader beperkt blijft. Voor de beheerders van de benchmark is het dus belangrijk om in de toekomst grote inspanning te blijven verrichten ten aanzien van het deelnemersaantal.

Niettemin is door deze eerste uitvraagronde een goed beeld gekregen van de (on)mogelijkheden bij organisaties om data te verzamelen, en geven de huidige resultaten een indicatie van een aantal prestaties.

Wat betreft de resultaten van de indicatoren waren een aantal zaken opvallend. Allereerst was er voor de JGZ 0-4 een grote variatie in het signaleringspercentage voor opvoedproblemen die door het JGZ-team zelf in behandeling genomen konden worden. Daarnaast was er voor het hele JGZ werkveld (0-19) een grote variatie in het aantal acties dat de JGZ daadwerkelijk bij deze opvoedproblemen had ondernomen. De grote spreiding in deze resultaten hangt mogelijk samen met het feit dat er geen eenduidige definitie voor opvoedproblemen gehanteerd kon worden. Er is in de definitie weliswaar een toevoeging gemaakt dat het JGZ-team de problemen zelf gesignaleerd moest hebben en dat doorverwijzen naar externe instanties niet nodig was (implicierend dat het om milde opvoedproblemen ging), maar hiermee was niet ondervangen dat iedere organisatie haar eigen criteria hanteerde om te beslissen welke kinderen door het JGZ-team in behandeling worden genomen. De vergelijking van signaleringspercentages in de huidige benchmark is daardoor relatief onbetrouwbaar en vormt zeker geen betrouwbare afspiegeling van de mate waarin organisaties in staat zijn om, gegeven de specifieke kenmerken van de regiopopulatie, opvoedproblemen te signaleren.

De indicator zou veel aan zeggingskracht winnen als alle organisaties hetzelfde signaleringsinstrument voor opvoedproblemen zouden gebruiken. Dit instrument is echter (nog) niet voorhanden. Een uniform instrument zou daarnaast ook een ander probleem ondervangen, namelijk de grote variatie in de manier waarop zorgverleners opvoedproblemen in het dossier registreren. De indicatorresultaten in de huidige benchmark zijn waarschijnlijk mede het gevolg van deze registratieverschillen. Ditzelfde geldt voor de resultaten ten aanzien van het aantal acties dat het JGZ-team heeft ondernomen bij opvoedproblemen. JGZ-medewerkers hanteren op dit moment geen uniforme manier om de eigen acties in het dossier te vermelden. De resultaten van

deze laatste indicator leveren voor de organisaties niettemin waardevolle informatie op, aangezien in beeld wordt gebracht wat de organisatie volgens de eigen criteria zou *willen* behandelen en wat er *daadwerkelijk* behandeld wordt. Het percentage in behandeling genomen opvoedproblemen is daarmee een interessant gegeven om te vergelijken. Organisaties kunnen op grond van dit benchmarkresultaat met de eigen JGZ medewerkers in gesprek gaan over eventuele bijstelling van hetgeen juist wél of niet binnen het eigen team opgepakt wordt.

Ook de resultaten ten aanzien van de cliënttevredenheid over de acties van het JGZ-team zijn in principe om dezelfde redenen interessant. De huidige cliëntresultaten zijn echter ongeschikt voor vergelijking door de kleine absolute aantallen. In een toekomstige benchmark moet het aantal vragenlijsten dat uitgezet wordt onder ouders (nu 200) daarom worden opgehoogd.

Wat betreft de resultaten ten aanzien van overgewicht lagen de signaleringspercentages over het algemeen dichter bij elkaar dan bij de opvoedproblemen. Dit hangt mogelijk samen met het feit dat voor overgewicht een eenduidige definitie gehanteerd werd (namelijk op basis van het BMI, naar geslacht). De resultaten voor het aantal uitgebrachte adviezen met betrekking tot overgewicht, varieerde echter wel behoorlijk. Hier lijkt een verschil in aandacht en aanpak tussen de organisaties te bestaan. Aan de andere kant kunnen de verschillen ook (mede) veroorzaakt worden door verschillen in de wijze waarop in het dossier geregistreerd wordt.

Ook voor de resultaten ten aanzien van het aantal kinderen dat follow-up had gekregen en de resultaten ten aanzien van een verbeterde BMI, was de variatie groot. Deze percentages zijn in de huidige benchmark onbetrouwbaar vanwege de kleine absolute aantallen. Wanneer in een toekomstige benchmark wederom naar deze gegevens gevraagd zal worden, is een grotere steekproeftrekking van dossiers noodzakelijk.

Ten aanzien van roken en alcoholgebruik kan niets over de prestaties van de individuele organisaties geconcludeerd worden. De vragenlijst was bij te weinig kinderen uitgezet om betrouwbare informatie op te leveren.

De resultaten voor de overdracht na vier jaar waren eensluidend en positief (namelijk voor beide deelnemende organisaties 98% opvolging van de indicatie voor vervroegd contact). Wanneer deze indicator bij een volgende uitvraagronde door een groter aantal deelnemende organisaties vergelijkbaar positieve resultaten oplevert, kan overwogen worden om deze indicator in de toekomst niet meer in de basisset te handhaven omdat dit geen meerwaarde heeft.

De resultaten voor de vaccinatie-indicatoren lieten voor de eerste DKTP prik over het algemeen relatief lage percentages met een kleine spreiding zien voor het percentage kinderen dat in levensweek 7 tot 10 gevaccineerd was (gemiddeld 43,9%). Wanneer hier echter levensweek 10 bij opgeteld werd, liep de vaccinatiegraad op tot gemiddeld 77,6%. Kennelijk lukt het de organisaties maar ten dele om alle kinderen voor de 10^{de} levensweek de eerste prik te geven. Omdat er onder de huidige deelnemende organisaties geen uitschieters naar boven en naar beneden waren, moet voor een toekomstige uitvraagronde nagedacht worden over het onderscheidende vermogen van deze indicator. Ditzelfde geldt ook voor de indicator over de eerste serie DKTP, Hib en pneumococcenvaccinaties, waarbij alle organisaties een hoge vaccinatiegraad behaalden.

Ten aanzien van de gegevens over de Hep B- en BMR/MenC-vaccinaties kunnen nog geen conclusies getrokken worden in verband met de ontbrekende data.

Een belangrijke slotopmerking is dat de indicatorresultaten altijd slechts *indicatief* zijn en nooit directe informatie opleveren over problemen en oplossingen.

Indicatorresultaten dienen daarom ook altijd een vertrekpunt voor verder onderzoek te zijn. Mocht dit onderzoek uitwijzen dat er inderdaad sprake is van een probleem in de zorgverlening, dan kunnen organisaties hun voordeel doen met de mogelijkheid om via de benchmark *best practices* uit te wisselen. Indicatorgegevens fungeren daarmee als een stimulans voor verbetering. De huidige startset van indicatoren zal daarom uiteindelijk de kwaliteit van de sector als geheel ten goede kunnen komen.

6 Referenties

Abbink F, Greeff SC, Hof S van den, Melker HE de. Het Rijksvaccinatieprogramma in Nederland: het vóórkomen van de doelziekten (1997-2002). RIVM-rapport 210021001. Bilthoven: RIVM, 2004

ActiZ. Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen, 2007

Blom R. Regelmaat brengt rust. Een handleiding voor het bieden van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie. 2005

Broerse A, van den Akker ME, de Jonge A, Lanting CI, van der Ploeg CPB. Onderzoek naar indicatoren ketenaansluiting bij bevolkingsonderzoek. Leiden, TNO-Kwaliteit van Leven, 2007, publicatienummer KvL/P&Z 2007.004

Brugman E, Reijneveld SA, den Hollander-Gijsman ME, Burgmeijer RJF, Radder JJ. Huilgedrag van Zuigelingen (41-45). In: Peilingen in de jeugdgezondheidszorg. PGO-Peiling 1997/1998. Leiden, TNO, 1999

Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, van Leerdam FJM, Hirasig RA. Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: VUMC, 2005

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Q 1966; 44 Suppl: 166-206

Koning HJ de, Ridder-Sluite de. Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar; een gerandomiseerd onderzoek naar de effecten, kosten en mogelijkheden van het VTO-taalsignaleringsinstrument. Rotterdam 2000: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit i.s.m. Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind.

Koning J de, Smulders A, Klazinga N. Appraisal of Indicators through Research and Evaluation. Amsterdam: AMC Sociale Geneeskunde, maart 2006

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Indicatoren Openbare gezondheidszorg, 2007

Lanting CI, van Wouwe JP. Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2007. Borstvoeding in Nederland en relatie met certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding, Leiden, TNO-Kwaliteit van Leven, 2007, publicatienummer 2007.104

IJzendoorn MH, Prinzie P, Euser EM, Groeneveld MG, Brilleslijper-Kater SN, Noort-Van der Linden AMT van, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Mesman J, Klein Velderman M, San Martin Beuk M, Ohlsen-Koole PC. Nationale Prevalentiestudie Kindermishandeling, Leiden, WODC Universiteit Leiden, Afdeling Algemene en Gezinspedagogiek, 2007

Nooitgedacht JE, Zwart P, Brand PLP. Oorzaken, behandelingen en beloop bij zuigelingen die vanwege excessief huilen waren opgenomen op de kinderafdeling van de Isala Klinieken te Zwolle, 1997/2003. NTvG 2005: 149:472-477

Schuller AA, Burgmeijer RJF, Dijkstra, NS, Juttemann R, van Leerdam FJM, Raat H, Verloove-Vanhorick SP, Hirasig RA, Leiden, TNO-Kwaliteit van Leven, 2004, publicatienummer 2004.293

Sleuwen BE van, L'Hoir MP, Engelberts AC, Busschers WB, Westers P, Blom MA, Schulpen TWJ, Kuis W. Comparison of behaviour modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. J Pediatr, 2006, Oct: 149(4):512-7

Steen J van der. Roken en jeugd 2002, NIPO Amsterdam in opdracht voor Stivoro voor een rookvrije toekomst, Den Haag, 2002

Verdurmen J, Abraham M, Planije M, Monshouwer K, Dorselaer Sv, Schulten I, Bevers J, Vollebergh W. Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Trimbos-instituut, 2006

Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, de Wilde J. JGZ Richtlijn secundaire preventie kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling, Leiden, TNO-Kwaliteit van Leven, 2007

ZonMw. Update Programmeringstudie. Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar
November 2005 (uitgevoerd door GGD Nederland, Z-org, Vrije Universiteit medisch Centrum / EMGO-Instituut, Erasmus MC-Universitair Medisch Centrum, TNO Kwaliteit van Leven)

A Afkortingen

ActiZ	Brancheorganisatie voor zorgondernemers (voorheen Arcaris en Z-org)
AIRE	Appraisal of Indicators through Research and Evaluation
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
BO	Basis Onderwijs
BMI	Body Mass Index
BMR	Bof, Mazelen en Rodehond
BTP	Basis taken pakket jeugdgezondheidszorg
DKTP	Difterie, Kinkhoest, Tetanus, Polio
EKD	Elektronisch kind dossier
EMGO	Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek
GGD	Gemeentelijke (Gewestelijke of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst
HepB	Hepatitis B
Hib	Haemophilus influenza type b
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JIS	Jeugdgezondheidszorg Informatie Systeem
KDV	Kinderdagverblijf
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek
KNO	Keel-, neus- en oorziekten
MenC	Meningokokken C
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
PGO	Preventief Geneeskundig Onderzoek
PSZ	Peuterspeelzaal
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu
SES	Sociaal economische status
TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VMBO	voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VO	Voortgezet Onderwijs
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTO	VroegTijdige Onderkenning van ontwikkelingsstoornissen
VVE	Voor- en vroegschoolse educatie
VVT	Verpleging, verzorging en thuiszorg
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland / maatschappelijk welzijn

B Samenvatting AIRE instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation)

I Doel, relevantie en organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft

- Beschrijf het doel van de indicator helder en duidelijk
- Beschrijf de specifieke criteria op basis waarvan het onderwerp is gekozen
- Beschrijf het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking
- Beschrijf het kwaliteitsdomein waarop de indicator betrekking heeft (bv effectiviteit, tijdigheid, toegankelijkheid, veiligheid, patiëntgerichtheid, medezeggenschap)
- Beschrijf specifiek de aard en de omvang van de zorgprocessen en/of zorguitkomsten waar de indicator betrekking op heeft (over welke zorg geeft de indicator informatie?)

II Betrokkenheid van belanghebbenden

- Zorg dat de leden van de ontwikkelgroep afkomstig zijn uit relevante beroepsgroepen
- Gezien het doel van de indicator, betrek alle relevante partijen
- Stel de indicator formeel vast

III Wetenschappelijk bewijs

- Pas systematische methoden toe bij het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal
- Baseer de indicator op aanbevelingen uit een *evidence-based* richtlijn of in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerde studies
- Baseer de indicator op wetenschappelijk bewijsmateriaal waarvan de interne kwaliteit van de studies inzichtelijk wordt gemaakt (wetenschappelijke bewijskracht en kans op vertekening van de onderzoeksresultaten)

IV Verdere onderbouwing, formulering en gebruik

- Beschrijf de indicator is specifiek (teller en noemer)
- Baken de doelgroep waarop de indicator betrekking heeft af
- Overweeg en beschrijf een risicocorrectie
- Zorg ervoor dat de indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit)
- Zorg ervoor dat de indicator precies en consistent meet (betrouwbaarheid)
- Zorg er voor dat de indicator in voldoende mate verschillen laat zien (discriminerend vermogen)
- Test de indicator in de praktijk
- Hoe groot zijn de inspanningsvereisten voor het verzamelen van de data?
- Geeft bij de indicator specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten

C Deelnemers Werkgroep Zorguitkomsten

- GGD Noord en midden Limburg: mw. Gertie Loenen
- GGD Zuid-Holland West: mw. Fieke Haak
- GGG Midden Nederland: dhr. Wil Hilgersom
- Ouder en Kindzorg Rotterdam (OEK): mw. Monique Heinhuis
- Thuiszorg West-Brabant: mw. Ellen Peerbolte
- Thuiszorg Noord-West Twente: mw. Gerla Kenkhuis

D Indicatoren die niet zijn opgenomen in de basisset

Spraak-taalproblemen bij 0-4 jr

Inleiding

Spraak- en taalstoornissen kunnen nadelige gevolgen hebben zoals lees- en schrijfproblemen, verminderde algemene schoolprestaties en gedragsproblemen. In de leeftijdsgroep 0-7 jaar heeft 5-10% een taalachterstand (Koning e.a. 2000). De JGZ probeert de spraak- en taalproblemen vroegtijdig op te sporen zodat de gevolgen hiervan beperkt blijven. Hierbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen een achterstand als gevolg van een ontwikkelingsstoornis en een achterstand in de Nederlandse taal als gevolg van onvoldoende blootstelling aan de Nederlandse taal. Voor de opsporing van spraak- en taalproblemen bestaat nog geen landelijke richtlijn. Vaak wordt gebruik gemaakt van delen van het Van Wiechenonderzoek (module communicatie, vanaf 3 maanden) en de Groninger minimum spreeknormen. Bij sommige JGZ-instellingen worden ook andere instrumenten gebruikt, zoals het VTO-taal 2-jarigen instrument (Vroegtijdige Onderkenning van Taalontwikkelingsstoornissen). Binnen de JGZ wordt dus aan spraak-taal screening gedaan, maar de uitvoering is verschillend. Soms is er sprake van een logopedische screening. Voor bepaalde doelgroepen zijn landelijke taalstimuleringsprogramma's opgezet (voor- en vroegschoolse educatie, VVE). De testeigenschappen (sensitiviteit, specificiteit) van de verschillende testen en de logopedische screening, en de effectiviteit van de interventies zijn slechts gedeeltelijk bekend. Een gebrek aan goed gevalideerde meetinstrumenten bemoeilijkt een effectieve signalering. Mede hierdoor worden mogelijk ook spraak- of taalstoornissen over het hoofd gezien.

Algemene overwegingen, opmerkingen en discussiepunten vanuit de werkgroep

- Spraak- en taalproblemen vormen een brede diagnose. Er is bewust voor gekozen om de diagnose in zijn volle breedte in de indicator mee te nemen. Voor alle problemen rondom spraak-taal wordt het namelijk wenselijk geacht dat ze geconstateerd worden; opdeling of het aanbrengen van onderscheid is daarom minder relevant.
- De spraak- en taalproblemen bij 0-4 jaar kunnen worden geconstateerd op grond van een afwijkend Van Wiechenonderzoek, een ander instrument of op basis van de ervaring van de JGZ-verpleegkundige of JGZ-arts. Het gaat er in de indicator om dat er bij (twijfel over) problemen actie ondernomen wordt; het is daarbij minder relevant op welke wijze de (twijfel over) problemen wordt geconstateerd. Daarom wordt dit in de indicator niet specifiek gemaakt.
- De spraak- en taalproblemen in de onderbouw van het basisonderwijs kunnen worden geconstateerd op grond van een afwijkende score op het TaalScreeningsInstrument (dat niet overal gebruikt wordt), de logopedische screening (die niet overal toegepast wordt), of een andere screeningsmethode. De screening kan door verschillende zorgverleners uitgevoerd worden (soms gebeurt dit door een logopedist, maar vaak ook door een jeugdarts, JGZ-verpleegkundige, etc.). Het gaat er in de indicator om dat er bij (twijfel over) problemen actie ondernomen wordt; het is daarbij minder relevant op welke wijze deze twijfel of problemen zijn geconstateerd.
- Gegevens worden niet uniform in het dossier geregistreerd. Dit geldt zowel voor de actie, de verwijzing, als het resultaat daarvan.

- Er is bewust geen indicator geformuleerd voor de *signalering* van het aantal spraak- en taalproblemen, omdat er in de praktijk bij signalering altijd een actie volgt (die al als indicator is opgenomen).
- Er is bewust geen indicator geformuleerd voor de *opvolging* van verwijzingen, aangezien in de praktijk bijna iedere verwijzing wordt opgevolgd.
- Bij de interpretatie van de gegevens dient rekening gehouden te worden met kinderen die na het vierde jaar terugvallen in hun spraak- en taalontwikkeling. Dit kan als gevolg van bijvoorbeeld KNO problemen, scheiding of psychosociale problematiek optreden. Omdat dit echter een relatief kleine groep betreft en het praktisch onhaalbaar is om deze groep apart te registreren, wordt dit gegeven (vooralsnog) als 'ruis' in de indicator meegenomen.
- Bij de interpretatie van de gegevens over het aantal acties en verwijzingen bij spraak-taalproblemen, dient rekening gehouden te worden met de populatiesamenstelling (invloed van lage SES, allochtone afkomst). Dit gegeven wordt (vooralsnog) buiten beschouwing gelaten, omdat de populatiesamenstelling niet van invloed is op het uitkomstgedeelte van de indicator (het aantal gemiste spraak-taal problemen).
- De gegevens die op dit moment binnen de benchmark GGD worden geregistreerd, zijn in het kader van deze indicator niet bruikbaar. Het gaat dan om: a) aantal spraak-taalscreeningen (= logopedische screeningen) per leeftijdscategorie; b) aantal curatieve logopedie.

Indicatoren in raamwerk

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% kinderen van 0-4 jaar waarvoor actie ondernomen is in verband met (twijfel over) spraak- en taalproblemen
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X individuele dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X dossiers voor leeftijdscohort 200X • X dossiers voor leeftijdscohort 200X • X dossiers voor leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen van 0-4 jaar waarvoor actie ondernomen is in verband met (twijfel over) spraak- en taalproblemen:
Noemer	X
Percentage	.....
Toelichting	Tot de <i>acties</i> behoren alle activiteiten die door de JGZ 0-4 zelf worden ondernomen, exclusief verwijzingen naar derden. Dit zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Advies (bijvoorbeeld ouders stimuleren boekjes te lezen met hun kind, vaker in het dagelijks leven dingen te benoemen, adviezen bij meertaligheid). Ook advies bij speengebruik/mondmotoriek valt hieronder, echter alleen indien dit advies wordt gegeven bij indicatie van spraak-taalproblemen. • Advies inwinnen of verwijzing naar iemand binnen het eigen team (JGZ-arts, JGZ-verpleegkundige, etc) • Extra consult voor follow up • Huisbezoek voor observatie • Overleg met de PSZ/ KDV • Observatie op de PSZ/ KDV

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% kinderen van 0-4 jaar dat verwezen is voor (twijfel over) spraak- en taalproblemen
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X individuele dossiers: <ul style="list-style-type: none"> • X dossiers voor leeftijdscohort 200X • X dossiers voor leeftijdscohort 200X • X dossiers voor leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen van 0-4 jaar dat verwezen is in verband met (twijfel over) spraak- en taalproblemen:
Noemer	X
Percentage	.....
Toelichting	Onder <i>verwijzing</i> bij b) wordt verstaan een verwijzing naar: <ul style="list-style-type: none"> • logopedist • KNO arts • audiologisch centrum • huisarts • VVE

Werkgebied	JGZ 4-19
Indicator	% kinderen waarbij tijdens PGO contactmoment BO onderbouw spraak- en/of taalproblemen worden geconstateerd die niet opgemerkt waren in de JGZ 0-4 jaar
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem: selectie van X kinderen met spraak-taalproblemen bij PGO contactmoment BO onderbouw. Dossiers afkomstig uit de JGZ 0-4 dossiergegevens van deze kinderen. Registratieperiode: tot
Teller	Aantal kinderen waarbij in het dossier geen (twijfel over) spraak- en taalproblemen zijn terug te vinden voor de periode waarin het kind 0-4 jaar was:
Noemer	X
Percentage	.....
Toelichting	De gegevens worden verzameld via een steekproef van X kinderen met spraak-taalproblemen bij PGO contactmoment BO onderbouw (zoals blijkt uit JIS of ander elektronisch registratiesysteem). Voor deze kinderen wordt in het dossier dat vanuit de JGZ 0-4 is verkregen nagezocht of de problemen al eerder geconstateerd waren.

Kindermishandeling

Inleiding

Kindermishandeling is elke vorm van voor het kind bedreigende en geweldadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard. Kindermishandeling heeft voor het kind ernstige gevolgen. Volgens de Nationale Prevalentiestudie Kindermishandeling (IJzendoorn e.a. 2007) worden er in Nederland ruim 100.000 kinderen per jaar mishandeld (30 gevallen van kindermishandeling per 1000 kinderen, waarvan ca. 50 met dodelijke afloop. Allerlei preventieve activiteiten (voorlichting, opvoedingsondersteuning), maar ook vroegtijdige onderkenning behoort tot de taken van de JGZ. Deze activiteiten moeten leiden tot het beperken van de gevolgen van de mishandeling. De doeltreffendheid van de verschillende signaleringsinstrumenten is echter nog onvoldoende onderzocht, maar wel volop in ontwikkeling (zie ook www.opvoedingsondersteuning.info).

Algemene overwegingen, opmerkingen en discussiepunten vanuit de werkgroep

- Er is geen eenduidige wijze om de melding en de opvolging daarvan in het dossier te noteren. Organisaties maken zelf vaak (mede in het kader van de indicatoren die voor de Inspectie verzameld moeten worden) een aparte interne registratie van de meldingen.

De Inspectie vraagt jaarlijks de volgende indicatoren op:

- % jeugdigen waarbij men mishandeling vermoedt (uitgesplitst naar 0-4 en 4-19 jaar)
- % jeugdigen waarbij men bij het vermoeden actie onderneemt (uitgesplitst naar 0-4 en 4-19 jaar)
- % bij AMK gemelde kinderen

Indicatoren in raamwerk

Werkgebied	JGZ 0-19
Indicator	% bij AMK gemelde kinderen
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X dossiers Registratieperiode: tot Indien steekproef van dossiers: Voor de JGZ 0-4 jaar: <ul style="list-style-type: none"> • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X Voor de JGZ 4-19 jaar: <ul style="list-style-type: none"> • X gezien bij PGO contactmoment BO onderbouw • X gezien bij PGO contactmoment BO bovenbouw • X gezien bij PGO contactmoment VO NB. De leeftijdsgroep 16-18 jaar wordt buiten beschouwing gelaten.
Teller	Aantal kinderen dat bij het AMK is gemeld:
Noemer	X
Percentage	.....
Toelichting	Deze indicator wordt ook door de Inspectie opgevraagd

Werkgebied	JGZ 0-19
Indicator	% meldingen bij het AMK waarbij binnen een termijn van drie maanden sprake is geweest van nazorg
Gegevensbron	Elektronisch registratiesysteem of steekproef van X dossiers Registratieperiode: tot Indien steekproef van dossiers: Voor de JGZ 0-4 jaar: <ul style="list-style-type: none"> • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X • X uit leeftijdscohort 200X Voor de JGZ 4-19 jaar: <ul style="list-style-type: none"> • X gezien bij PGO contactmoment BO onderbouw • X gezien bij PGO contactmoment BO bovenbouw • X gezien bij PGO contactmoment VO NB. De leeftijdsgroep 16-18 jaar wordt buiten beschouwing gelaten.
Teller	Aantal kinderen waarvoor binnen een termijn van drie maanden sprake is geweest van nazorg:
Noemer	Aantal bij het AMK gemelde kinderen:
Percentage	.....
Toelichting	Nazorg vormt een essentieel onderdeel van de JGZ richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling (Wagenaar-Fischer e.a. 2007) en de nota Zorgcoördinatie van ActiZ en GGD Nederland. Hierin staat dat de JGZ 0-4 en 4-19 niet verantwoordelijk is voor de hulpverlening zelf, maar wel voor de terugkoppeling en opvolging van een melding. Onder nazorg wordt verstaan dat de JGZ medewerker een follow-up uitvoert binnen twee weken na verwijzing of melding (conform de omschrijving in de richtlijn ²). Een complicerende factor bij de nazorg is dat instanties soms terugkoppeling weigeren in het kader van privacy. In dat geval heeft de JGZ echter wel aan nazorg gedaan. Het resultaat daarvan is echter onbekend. Daarnaast is ook een complicerende factor dat JGZ-medewerkers niet expliciet tijd krijgen voor nazorg.

² In de richtlijn staat letterlijk: de JGZ medewerker hoort de zorgcoördinatie op zich te nemen van de kinderen met problemen van welke aard ook en contact te onderhouden en samen te werken met de instantie waarnaar verwezen is (zie nota Zorgcoördinatie van ActiZ en GGD Nederland). De JGZ doet actief navraag of het gezin zich gemeld heeft en of de behandeling is begonnen. Als het gezin het advies van de verwijzing niet heeft opgevolgd, maakt de JGZ weer een afspraak met het gezin en brengt de verwijzing opnieuw ter sprake. De JGZ medewerker vraagt bij contacten met de kinderopvang of de school elke keer naar dit betreffende gezin. Zodra er signalen zijn dat de hulpverlening niet goed functioneert, bijvoorbeeld doordat de hulpverlening voortijdig door de ouders, de jeugdige of de hulpverlening gestopt is of door verhuizing van het gezin, probeert de JGZ samen met de instantie waarnaar verwezen is de hulpverlening weer tot stand te brengen. Als dit niet lukt, kan de JGZ of de instantie melden bij het AMK.

Huilbaby's

Inleiding

Wanneer jonge kinderen veel jengelen en huilen, (te) veel aandacht nodig hebben, en zelf niet in slaap kunnen komen, kan dit op den duur tot chronische vermoeidheid en slaapgebrek leiden. Daarnaast is het een risicofactor voor kindermishandeling. Meestal betreft het kinderen jonger dan 1 jaar. Afhankelijk van de definitie komt excessief huilen bij 2-13% van alle zuigelingen voor (van Sleuwen e.a. 2006). Het is echter zo dat 22% van de ouders het consultatiebureau bezoekt in verband met excessief huilen (Brugman e.a. 1999).

Huilen en onrust kan in veel gevallen voorkomen worden als er vanaf het kraambed al aandacht bestaat voor regelmaat en een eenduidige omgang met het kind. Hoewel hiervoor geen officiële landelijke richtlijn bestaat, zijn er wel adviezen vastgelegd in een landelijke nota (Nota ActiZ 2007). Hierin wordt verwezen naar het boekje 'Regelmaat brengt rust' (Blom 2005) dat concrete adviezen voor ouders geeft. Daarnaast zijn er op lokaal niveau vaak protocollen.

Algemene overwegingen, opmerkingen en discussiepunten vanuit de werkgroep

- Voor het navragen van een huilbaby bestaat geen standaard vraagstelling, maar in de praktijk komt dit punt altijd aan de orde.
- Een kind kan ook huilen door koemelkallergie of andere pathologie (darmafwijkingen, hartafwijkingen, etc). Mogelijk gaat het bij slechts 3% om een medische oorzaak (Nooitgedacht e.a. 2005). Daarom is de indicator op het advies 'rust & regelmaat' toegespitst.
- Volgens de nota van ActiZ (2007) betreft het advies bij een huilbaby ten eerste om te beginnen met een uitgebreide anamnese met het (door de ouders) invullen van een huilboek gedurende een week. Vervolgens worden de ouders intensief begeleid met adviezen rondom rust, regelmaat en prikkelreductie. Indien dit na een week niet werkt, wordt dit volgens de nota aangevuld met inbakeren. Aangezien echter niet alle organisaties met een huilboekje werken, is alleen het onderdeel rust en regelmaat in de indicator meegenomen.
- De manier waarop JGZ medewerkers zaken omtrent huilbaby's in het dossier registreren, wisselt. Gegevens kunnen bijvoorbeeld in het dossier genoteerd worden bij het item 'gehechtheid', maar dit wordt niet door iedereen op die manier gedaan. Ook de gekozen interventie en het effect daarvan worden niet op uniforme wijze geregistreerd.
- Met name omdat het resultaat van de interventie niet op een uniforme wijze geregistreerd wordt, zal de uitkomst van de interventie (dus of er sprake is van verbetering van het huilgedrag) bij de ouders nagevraagd worden via een cliëntenenquête.
- Er bestaat een kans dat ouders van een huilbaby zelf ook dingen ondernemen, zoals bijvoorbeeld een bezoek aan een osteopaat of fysiotherapeut. Om een zuiver beeld te krijgen van het effect van de 'rust en regelmaatadviezen', wordt via de cliëntenenquête aan ouders expliciet gevraagd worden of ze ook andere wegen bewandeld hebben.

Indicatoren in raamwerk

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% zuigelingen van 4 weken dat als 'huilbaby' wordt gekenmerkt
Gegevensbron	Steekproef van X dossiers uit leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal huilbaby's:
Noemer	X
Percentage	.....
Toelichting	Of een kind als huilbaby wordt gekarakteriseerd, wordt bepaald door de perceptie van de ouders of door een objectieve maatstaf. Bij de objectieve maatstaf dient sprake te zijn van minstens 3 weken lang, ten minste 3 dagen per week, minimaal 3 uur per dag huilen. Waarschijnlijk zijn er regionale verschillen in het vóórkomen van het aantal huilbaby's. Een lage SES is bijvoorbeeld een mogelijke beïnvloedende factor. In de indicator wordt hier echter geen rekening mee gehouden, omdat deze factor niet van invloed is op het uitkomstgedeelte van de indicator (% huilbaby's waarbij de situatie na 4 weken na het advies volgens de ouders is verbeterd), dat bij cliënten wordt nagevraagd. Ook zijn regionale verschillen niet van invloed op de verhouding tussen het aantal huilbaby's en het aantal ouders dat in verband met een huilbaby het mondelinge advies 'rust en regelmaat' heeft gekregen.

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% huilbaby's waarbij het mondeling advies 'rust en regelmaat' is gegeven
Gegevensbron	Steekproef van X dossiers uit leeftijdscohort 200X Registratieperiode: tot
Teller	Aantal huilbaby's dat het mondelinge advies 'rust en regelmaat' heeft gekregen:
Noemer	Aantal huilbaby's:
Percentage	.....
Toelichting	In de nota van ActiZ wordt aan JGZ medewerkers geadviseerd om bij een huilbaby de ouders intensief te begeleiden met adviezen rondom rust, regelmaat en prikkelreductie. Indien dit na een week niet werkt, kan dit volgens de nota aangevuld worden met inbakeren. Uit het landelijk onderzoek (van Sleuwen e.a. 2006) naar de effectiviteit van inbakeren en regelmaat bleek dat een week na de start van de interventie het huilen met iets minder dan de helft was afgenomen, en na twee weken met de helft, en na 8 weken met 75%.

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% huilbaby's waarbij de situatie na 4 weken na het advies volgens de ouders is verbeterd
Gegevensbron	Cliëntenenquête
Toelichting	Aan ouders van huilbaby's wordt het volgende gevraagd: Was/is uw kind een huilbaby in het afgelopen jaar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (andere vragen over huilbaby's overslaan) Heeft u in verband met uw huilbaby een advies over rust en regelmaat gehad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (volgende vragen over huilbaby's overslaan) Is de situatie 4 weken na het advies over rust en regelmaat verbeterd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Nee (volgende vraag overslaan) In hoeverre heeft u het idee dat deze verbetering is opgetreden door het advies over rust en regelmaat? <input type="checkbox"/> Helemaal niet verbeterd <input type="checkbox"/> Een beetje verbeterd <input type="checkbox"/> Behoorlijk verbeterd <input type="checkbox"/> Helemaal verbeterd

Werkgebied	JGZ 0-4
Indicator	% ouders dat aangeeft in verband met een huilbaby ook andere wegen bewandeld te hebben (naast het advies 'rust en regelmaat')
Gegevensbron	Cliëntenenquête
Toelichting	Aan ouders van huilbaby's wordt het volgende gevraagd: Heeft u in verband met uw huilbaby ook andere wegen bewandeld (zoals osteopaat of fysiotherapie) naast het advies over rust en regelmaat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee